Rok L. Kraków, dnia 2. grudnia 1911. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie. Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski.

Odczyn Freunda-Kaminerównej.

(Serodyagnostyka raka).

Podał

Dr Józef Kostrzewski,

asystent kliniki

Leczenie raka zawisło w pierwszym rzędzie od możliwie wczesnego rozpoznania choroby; kliniczne sposoby rozpoznawania raka są wcale niezadowalniające pod względem pewności, a jeszcze mniej, gdy chodzi o wczesne rozpoznanie; nawet histologiczne badanie tkanek, otrzymanych przy próbnem wycięciu, — tam gdzie stosunki na to pozwalają — nierzadko zawodzi; najlepszym przykładem: nowotwory pęcherza moczowego. Ze względu na ważność sprawy, nie brak poszukiwań, które mają umożliwiać rozpoznawanie raka możliwie pewne i wczesne. Mowa tu tylko o próbach biologicznych, zmierzających do wykrywania charakterystycznych ciał w surowicy, przesiękach lub wydzielinach chorych na raka. Myślą ich przewodnią z jednej strony — własność oddziaływania ustroju na ciała białkowate obce lub zmienione, z drugiej zaś strony — wyniki doświadczeń, dowodzących istnienia w tkankach nowotworowych procesów zaczynowych innych, niż w tkankach prawidłowych, dalej przyjmowanie dostatecznej różnicy w jakości białka komórek nowotworowych a komórek prawidłowych, różnicy tego stopnia, któraby się uwydatniała w tworzeniu przez ustrój ciał swoistych. Biologiczne badania, stosowane w celu rozpoznawania raka, można podzielić na dwie grupy: a) jedne starają się otrzymać niweczniki (anticorps) przez uodparnianie zwierząt zapomocą tkanek nowotworowych lub surowicy, względnie wydzielin chorych na raka; b) drugie zmierzają do wykrywania w surowicy chorych na nowotwory ciał, które jużto mają być swoistymi niweczników, powstałymi w ustroju dotkniętym rakiem, jużto mają to być jakieś ciała, które w innych stosunkach ilościowych znajdują się u chorych na raka, niż u zdrowych — względnie które znajdują się u chorych, a u zdrowych nie, lub przeciwnie, — czy wreszcie uwzględniają zmienione własności krwinek czerwonych. Niektóre z tych badań w myśl tego, że rak ma być następstwem wszczepienia w ustrój człowieka zarodkowych komórek świni, kury i innych zwierząt, posługują się także wywoływaczami z tkanek zwierząt, prócz izolizyn uwzględniają także heterolizyny. Przegląd dotychczasowych wyników badań, zmierzających do rozpoznawania raka, tak się przedstawia: żadna z metod, wchodzących w zakres nauki o odporności, nie wykazała dotychczas swoistych ciał u chorych na raka, nie wykazała też żadnej różnicy ilościowej między surowicą zdrowych a surowicą chorych na raka. Badania zaś, które uwzględniają zmienione własności surowicy i tkanek ustrojów dotkniętych rakiem, zawiodły również: bo wzmożone własności hemolityczne surowicy ludzkiej wobec krwinek czerwonych człowieka zdrowego spotyka się nietylko u ludzi chorych na raka, — zmienione własności krwinek czerwonych wobec jadu kobry, nie są wyłącznie objawem schorzenia na raka, wzmożona zaś ilość antytrypsyny we krwi jest tylko wyrazem chery, — chery bez względu na jej przyczynę powstania.

W ubiegłym roku przybyły dwie nowe metody biologiczne, zmierzające do rozpoznawania nowotworów złośliwych. Jedną jest odczyn meiostagminowy Ascoliego, nietylko w tym celu stosowany, a polegający na tem, że połączenie wywoływacza z niewcznikiem wywołuje obniżenie napięcia powierzchniowego; zmierza ta metoda do wykrywania niweczników, powstałych w ustroju dotkniętym nowotworem złośliwym, zapomocą wywoływacza sporządzonego z tkanki nowotworowej w postaci wyciągu. Druga metoda, to odczyn Freund-Kaminerównej. Z polecenia Prof. Jaworskiego miałem się bliżej zapoznać z tą metodą i sprawdzić jej użyteczność. Metoda ta jest wynikiem rozważań nad następującymi ogólnie znanemi spostrzeżeniami: Powstawanie przerzutów rakowych w ustroju jest bardzo różnorodne i niejednostajne, bez względu na charakter raka. U jednych osób widać mnogość przerzutów, u innych brak ich zupełnie; szczepienia zwierząt, rakiem tegosamego pochodzenia wykazują, że wśród tegosamego gatunku zwierząt, co więcej wśród zwierząt, dla stworzenia możliwie tychsamych warunków dla doświadczeń przez dłuższy czas trzymanych w tychsamych warunkach otoczenia, znajdują się osobniki, na szczepienie rakiem odporne; rak się u nich nie przyjmuje. Tak więc z jednej strony doświadczenie lekarskie z najdawniejszych czasów, z drugiej strony najnowsze badania, zmuszają do przyjęcia skłonności (dyspozycyi) do raka u osobników, które tej chorobie ulegają. Na podstawie tego Freund i Kaminerówna dochodzą do następującego wniosku: W surowicy niedotkniętych rakiem po-

winny się znajdować ciała niszczące komórkę rakową, zaś w surowicy dotkniętych rakiem ciała tego być nie powinno; — co więcej, w surowicy osób dotkniętych rakiem możnaby się spodziewać ciał ochraniających komórki rakowe. Freund i Kaminerówna podają następujące różnice między surowicą ludzi niedotkniętych a dotkniętych rakiem: Surowica krwi rakiem niedotkniętych ma własność rozpuszczania komórek rakowych, — własność tę surowica traci, jeśli się ją ogrzeje do ciepłoty 56°. — Ciało, mające własność rozpuszczania komórek rakowych, wyosobnić można z surowicy przez traktowanie jej eterem; ciało to jest łatwo strącalne wyskokiem, nie dyalizuje. Surowica osób dotkniętych rakiem nie posiada własności rozpuszczania komórek rakowych, powyżej scharakteryzowanej substancyi z niej otrzymać nie można, natomiast surowica chorych na raka zawiera ciała ochraniające komórkę rakową; ciało to można z surowicy wytrącić wyskokiem, w eterze jest nierozpuszczalne, a związane z euglobuliną surowicy. Wspólną cechą surowic osób zdrowych *), jakoteż chorych na raka jest brak własności rozpuszczania komórek prawidłowych, zarówno ustrojów niedotkniętych, jakoteż dotkniętych rakiem. O powyższych własnościach surowic mieli się autorowie przekonać, dodając surowice jużto chorych na raka, jużto zdrowych, do zawiesiny z komórek raz prawidłowych, drugim razem nowotworowych. Zawiesinę z komórek nowotworowych sporządza się tak: Części raka nierozpadłe i nie uległe stłuszczeniu — lepiej się nadaje materyał uzyskany ze zwłok, niż przy operacyi — rozdrabnia się nożem i nożycami; w ten sposób otrzymaną miazgę przeciska się przez kilkakrotnie złożoną gazę w mniej więcej 5-krotnej ilości 0·6% NaCl i 1% kwaśnego fosforanu sodowego; — przez gazę przechodzi ciecz mętna, mająca zawierać tylko komórki nowotworowe, natomiast naczynia krwionośne i tkanka łączna mają pozostać wewnątrz gazy. Tak otrzymane komórki nowotworowe przemywa się dwukrotnie fizyologicznym rozczynem soli i robi się z nich zawiesinę w 1% kwaśnym fosforanie sodowym i 0·6% NaCl; do zawiesiny dla lepszego przechowywania jej dodaje się 1% fluorku sodu. Taką zawiesinę można przechowywać w ciepłocie nieco powyżej 0° przez 2 do 3 tygodni w stanie zdolnym do użytku. Często jednak zawiesina od pierwszej chwili sporządzenia jest nieprzydatna z tego powodu, ponieważ komórki zbijają się w grudki. By tego uniknąć, zalecają autorowie NaFl przed użyciem wymiareczkować i odpowiednio zobojętnić; jako wskaźnika zaś należy używać alizaryny, przyczem za granicę należy uważać znikanie barwy fiołkowej. Próbę z tak przygotowaną zawiesiną komórek rakowych nastawia się w ten sposób: Do małych probówek daje się 10 kropel surowicy, do tego 1 kroplę 5% Na Fl i wstrząsa się — po wstrząśnięciu dodaje się 1 kroplę zawiesiny komórek rakowych i znowu wstrząsa. Jedną kroplę tej mieszaniny bada się pod mikroskopem w komorze Thoma-Zeissa i zapisuje się ilość komórek, przypadających na jeden wielki kwadrat. Najlepsze warunki dla doświadczenia stwarza się wtedy, jeśli się tak sporządzi zawiesinę komórek rakowych, że w powyższej mieszaninie, t. zn. 10 kropel surowicy + 1 kropla 5% Na Fl + 1 kropla zawiesiny komórek, na 1 wielki kwadrat komory Thoma-Zeissa przypada 20 komórek. Tak zmieszane, surowicę i komórki nowotworowe, pozostawia się przez 24 godzin w ciepłocie 40° C; po upływie tego czasu bada się po zamieszaniu treści probówki, jedną kroplę pod mikroskopem w komorze Thoma-Zeissa. Komórki rakowe w surowicy zdrowej mają ulegać całkowitemu lub częściowemu rozpuszczeniu, — w surowicy zaś osób, dotkniętych rakiem, komórki mają pozostać nienaruszone, w tej samej liczbie, w jakiej były dnia poprzedniego. Dowodem, że tutaj nie chodzi o sprawy autolityczne, ma być to, że komórki po 24 godzinach przy 40° C trzymane w rozczynie soli, używanych do sporządzania zawiesiny, pozostają niezmienione. Pod tym względem Freund i Kaminerówna zbadali 17 surowic osób chorych na raka i 17 surowic osób rakiem nie dotkniętych. Do prób z temi surowicami użyto 14 zawiesin, sporządzonych z 14 raków, każdy z innej osoby pochodzący. Z tym materyałem wykonano 130 prób. Tylko w dwu próbach surowice osób dotkniętych rakiem rozpuszczały komórki rakowe, — przeciwnie więc, jak założenie opiewa, i tylko w dwu próbach surowice osób niedotkniętych rakiem nie rozpuszczały komórek rakowych. — Prócz powyższego odczynu Freund i Kaminerówna podali jeszcze inny, mianowicie następujący: Dodanie surowicy chorych na raka do wyciągu otrzymanego z tkanki rakowej, wywołuje w nim zmętnienie, natomiast surowica osoby nie dotkniętej rakiem, objawu tego nie wywołuje. Sporządzenie wyciągu rakowego odbywa się tak: Do cieczy mętnej, otrzymanej po przeciśnieniu miazgi tkanki nowotworowej przez gazę, dodaje się na 100 cm^3 cieczy 5 cm^3 5% kwasu octowego, poczem się ją ogrzewa na łaźni wodnej poniżej 100° C przez mniej więcej 15 minut, — a po ogrzaniu sączy się. W ten sposób otrzymany wyciąg należy zbadać co do jego zachowania się wobec surowicy osoby na raka nie chorej i surowicy na pewno rakowej. Wyciąg tylko wtedy nadaje się do użytku, jeśli z surowicą osoby zdrowej zmętnienia nie daje, natomiast z surowicą na pewno rakową daje zmętnienie. Bardzo ważną rzeczą ma być stopień rozcieńczenia wyciągu. Wyciąg »in natura« otrzymany, może dawać zmętnienie z surowicą nierakową, należy go więc rozcieńczyć i do doświadczeń używać dopiero tego rozcieńczenia, które z surowicą zdrową zmętnienia nie daje, daje zaś z surowicą rakową. Zmętnienie, które jest wyrazem dodatniego wyniku próby, powinno być dokładnie widzialne w probówce, trzymanej przed jakimś ciemnym przedmiotem lub na tle ramy od okna. Wyciąg, okazujący powyższe własności, przydatny jest do użytku; — wartość jego pod tym względem należy badać przy każdorazowem nastawianiu próby, czyli prócz surowicy badanej, należy robić za każdym razem próbę z surowicą na pewno rakową i z surowicą na pewno nierakową, a to dlatego, ponieważ wyciąg jest przetworem bardzo niestałym, nierzadko w przeciągu 2 dni niszczeje. Substancya działająca w wyciągu przy gotowaniu niszczeje,— ciało to jest strącalne wyskokiem, nie dyalizuje; ciało zaś w surowicy osób chorych na raka, które oddziaływa z substancyą wyciągu, ma być identyczne z ciałem, mającem własność ochraniania komórek rakowych. — Dodanie surowicy nierakowej do zmętnienia, powstałego skutkiem zmieszania surowicy rakowej z wyciągiem, ma wywoływać znikanie tegoż zmętnienia. Nastawianie próby odbywa się,

*) zdrowych = niedotkniętych rakiem.

jak następuje. Do każdej z dwu małych próbówek daje się 10 kropel badanej surowicy i 2 krople 20% kwasu octowego, potem do jednej probówki daje się 2 cm^3 wyciągu, do drugiej 2 cm^3 0·6% Na Cl + 1% kwaśnego fosforanu sodowego i bada się przejrzystość treści probówek, trzymając je na tle ramy od okna; w probówce z surowicą i rozczynem soli nie powinno powstać zmętnienie, w probówce zaś z surowicą i wyciągiem, zależnie od stanu osoby, z której surowica pochodzi, powinno zmętnienie powstać lub nie.

Freund i Kaminerówna zbadali w ten sposób 54 surowic na pewno rakowych; wszystkie bez wyjątku dawały z wyciągiem rakowym zmętnienie. Natomiast 45 surowic osób rakiem niedotkniętych nie dawało zmętnienia z wyciągiem rakowym z wyjątkiem jednego przypadku gruźlicy.

Przechodzę do własnych doświadczeń. Przy wykonywaniu prób trzymałem się ściśle przepisów, podanych powyżej. Próbę zmętnienia, mającego powstawać po dodaniu surowicy rakowej do wyciągu rakowego, wykonałem z surowicami 16 osób, z tego dotkniętych rakiem było 10 osób, — niedotkniętych rakiem sześć osób, u których rozpoznania kliniczne były następujące: 1 porażenie postępowe, 1 tętniak tętnicy głównej (kiła przebyta przed 10 laty) dwa przewlekłe zapalenia nerek, 1 gruźlica otrzewnej, 1 białaczka. Z surowic nierakowych 3 nie dawały zmętnienia, a 3 dawały; te drugie pochodziły: jedna z przypadku przewlekłego zapalenia nerek, druga z przypadku białaczki, trzecia z przypadku tętniaka tętnicy głównej. Na 10 surowic z osób dotkniętych rakiem — (wszystko rozpoznania pewne, częścią potwierdzone operacyą i badaniem histologicznem) — próba wypadła dodatnio 6 razy, a 4 razy ujemnie. Nigdy nie spostrzegałem, żeby zmętnienie, powstałe po dodaniu surowicy do wyciągu rakowego, znikało po dodaniu do treści probówki, surowicy zdrowej, (jak to podaje Freund i Kaminerówna). Natomiast spostrzegałem, że sam rozczyn soli, używany do sporządzania wyciągu, wystarcza, aby powstało zmętnienie, które ma być wyrazem dodatniego wyniku próby. Zmętnienie po dodaniu rozczynu soli używanych do sporządzania wyciągu, widziałem zarówno w surowicach rakowych, jakoteż nierakowych.

Próbę zdolności rozpuszczania komórek wykonałem w 7 surowicach; z tego 5 surowic pochodziło z osób dotkniętych rakiem, a dwie z osób na raka nie chorych. Z 5 surowic rakowych, 3 surowice badano także co do zdolności wywoływania zmętnienia z wyciągiem rakowym; jedna z nich dawała odczyn ujemny, a dwie dodatni. W zachowaniu się wobec zawiesiny komórek rakowych nie widziałem różnicy między 2 surowicami nierakowemi a 5 rakowemi. Przy liczeniu w komorze Thoma-Zeissa po 24-godzinnem staniu w ciepłocie 40° C, widziałem w niektórych surowicach o 1 lub 2 komórki mniej, niż dnia poprzedniego, więc różnice, jeśliby chodziło o surowice nierakowe, leżące w granicach błędów doświadczalnych, — jak zaś wspomniałem, różnicy między surowicami z osób nierakowych i rakowych nie widziałem. Powyższe próby nastawione były w jednym i tymsamym dniu, każda zaś z surowic nastawiona była z dwiema różnemi zawiesinami komórek rakowych, to znaczy, te zawiesiny sporządzone były z nowotworów pochodzących nie z jednej i tejsamej osoby. Szczegół to ważny, bo zdaniem Freunda i Kaminerównej nie każdy rak ma być odpowiednim materyałem do sporządzania zawiesiny; mają być komórki rakowe, które nie ulegają rozpuszczeniu w surowicy prawidłowej nierakowej. Jeden z nowotworów, użytych do sporządzenia zawiesiny, był to rak sutka, drugi — przerzuty w wątrobie. Z jednej części miazgi jednego i drugiego raka sporządziłem wyciągi, z drugiej części jednego i drugiego, zawiesiny komórek. Wyciąg, sporządzony z raka sutka, nie dawał zmętnienia z surowicami rakowemi, nawet z surowicą osoby, z której rak pochodził, natomiast surowica ta dawała zmętnienie z innym wyciągiem. Drugi rak dawał wyciąg, który zupełnie odpowiadał wymogom, stawianym przez Freunda i Kaminerównę co do dobrych wyciągów. Może w tych przypadkach, rozumując w myśl Freunda i Kaminerównej, jeden rak nie nadawał się ani do sporządzenia zawiesiny, ani wyciągu, — drugi natomiast nadawał się tylko do sporządzania wyciągu, zawiesiny zaś nie.

Na podstawie powyższych wyników badań trudno przypisywać odczynowi z wyciągiem rakowym jakąkolwiek wartość rozpoznawczą w kierunku raka, wartość zaś odczynu co do zdolności rozpuszczania komórek wydaje się wątpliwą.

Przy ocenie wyników, podanych przez Freunda i Kaminerównę, nasuwa się następująca uwaga. Statystyka, podana przez nich co do zachowania się komórek rakowych wobec surowicy zdrowych i chorych na raka, przy bliższem rozpatrzeniu niema tej wartości, jaką się zdaje mieć na pierwszy rzut oka, bo 130 prób wykonano nie z 130 surowicami, tylko z surowicami 34 osób; z tego 17 chorych na raka, a 17 zdrowych. Wyniki więc badań Freunda i Kaminerównej mogą uprawniać do wniosku, że tasama surowica badana kilkakrotnie, wobec komórek pochodzących nie z tegosamego raka, t. zn. nie z tejsamej osoby, zawsze taksamo się zachowuje, cyfrę zaś 130 należy uważać za liczbę wykonanych prób — ale nie zbadanych surowic —, a to przecież nie tosamo. Co się tyczy odczynu z wyciągiem rakowym, to w pracy swej z ubiegłego roku podają Freund i Kaminerówna, co następuje: chcąc otrzymać wyciąg przejrzysty, należy go zagotować, — w przepisie zaś przysłanym mi przez Dr Freunda w styczniu b. r., ostrzega on przed zagotowaniem wyciągu, lub ogrzewaniem na wolnym płomieniu. Dalej raz polecają Freund i Kaminerówna dodawać do surowicy 3 cm^3 wyciągu, innym razem tylko 2 cm^3. Wreszcie co do używanych do odczynu surowic raz powiadają, że w stanie zdolnym do użytku można je przechowywać 8 dni, w ostatniej zaś pracy, że tylko 2 dni. W swoich doświadczeniach nigdy nie przechowywałem surowic nad dwa dni, a do surowicy dodawałem tylko 2 cm^3 wyciągu. Wielką trudność nastręcza sporządzenie wyciągu, większą jeszcze sporządzanie zawiesiny; należy ją tak dobierać, by jedna jej kropla w objętości 12 kropel, t. zn. 1 kropla zawiesiny + 1 kropla 5% Na Fl + 10 kropel surowicy, dawała zawiesinę o takiem stężeniu, by na jeden wielki kwadrat komory Thoma-Zeissa przypadało komórek rakowych 20. Wedle przepisu najlepiej sporządzać zawiesinę komórek z brzeżnych części raka, w których komórki nowotworowe są dobrze utrzymane, ale w tym przypadku przy sporządzaniu zawiesiny, z komórkami nowotworowemi przejść mogą komórki prawidłowe, pod mikroskopem zaś odoso-

bnione komórki, czy to nowotworowe, czy prawidłowe, nie zawsze można odróżnić, a pamiętając o tem, że tylko komórki nowotworowe mają ulegać rozpuszczeniu w surowicy zdrowej, jest się narażonym przy odczytywaniu wyników badania na niechybny błąd.

Piśmiennictwo. 1) Ernst Freund u. Gisa Kaminer: Über die Beziehungen zwischen Tumorzellen und Blutserum. Biochem. Zeitschrift 1910. Tom 26. — 2) Freund u. Kaminer: Über die Beziehungen zwischen Tumorzellen und Blutserum. Wiener klin. Woch. 1910. Nr 34.

O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych (z uwzględnieniem niektórych objawów patologicznych).

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego.

(Ciąg dalszy).

Taksamo rzecz się ma z wahaniami ciepłoty menstruacyjnej. Autorowie bardzo różnią się między sobą co się tyczy chwili największego wzniesienia. Kersch np. (przytoczony przez Toblerową) podaje u kobiet zdrowych maximum T na pierwszy dzień podczas M, Giles (przyt. przez Toblerową) maximum u kobiet zdrowych na 2 dni przed M z raptownym spadkiem w przeddzień M, Zuntz znajduje maximum u kobiet zdrowych w ostatnie 2 dni i raptowny spadek bezpośrednio przed M, Kraus podaje u kobiet gruźliczych stopniowe podnoszenie się na 1—2, czasem na 10—14 dni przed, albo na 1. lub 2. dzień podczas M.

Już z tej różnorodności cyfr wypada, że wahaniom ciepłoty »menstruacyjnej« nie można nadać jakiejś prawidłowości. Tymczasem niektórzy autorowie chcą ją wtłoczyć w ramy teoryi »falowania«, któremu to falowaniu mają podlegać poszczególne czynności ustroju kobiecego. Nie jest naszem zadaniem wchodzić w szczegóły teoryi, stworzonej przez Goodmana i Jacoby, bronionej przez Reinla, Otta, Zicharewa, Van de Velde i innych, ale odrzuconej przez L. Zuntza i Schaeffera. Pragniemy tylko wykazać, że sami zwolennicy teoryi falowania różnią się znacznie między sobą. Na tablicach Van de Veldego najwyższy szczyt fali spostrzegamy w wigilią wigilii M; później następuje wyraźny spadek, dochodzący stopniowo do najniższego poziomu podczas M. Stephenson (przyt. przez Reinla) podaje początek spadku na 5—6 dni przed M. Reinl wprawdzie nie podaje dokładnych dat, ale z jego graficznych tablic wypada, że spadek od szczytu fali odbywa się powoli, w ciągu kilku dni, a więc nie tak, jak u Van de Veldego.

Wśród tej różnobarwności spostrzeżeń klinicznych jedno wydaje się mniej więcej ustalonem, a mianowicie, że najniższa T bywa w okresie między-miesiączkowym; ale granice jej u różnych autorów wypadają dość elastycznie: od kilku do kilkunastu dni. Ale i tu także napotykamy wyjątki i to jaskrawe. Znanym jest przypadek Voornwelda, dotyczący 18-letniej dziewczyny, chorej na gruźlicę, która w okresie międzymiesiączkowym przez przeciąg kilku miesięcy miewała regularnie w ciągu 1—2 dni T, dochodzącą do 38·8.

Daremberg wspomina także o »pewnej liczbie kobiet z niewielkim stanem kongestyjnym, mających podniesienie ciepłoty o 0·4—0·5 na 11., 12. i 13. dzień po ukończonej miesiączce«. Gluziński i Grek obliczają na podstawie własnej statystyki na 25·4% ilość kobiet z gorączką »międzymiesiączkową«([16]).

Jak objaśnić tego rodzaju spostrzeżenia? Będzie to jeszcze raz potwierdzeniem naszej tezy, że wahań ciepłoty »menstruacyjnej« nie można ująć w żadne ramy, bo niema po temu ścisłych naukowych podstaw. Stąd wypada logiczny wniosek, że ciepłota menstruacyjna u kobiet gruźliczych powinna przedstawiać obraz bardzo różnobarwny. Istotnie, zdania autorów są bardzo podzielone i to na kilku ważnych punktach. Przedewszystkiem, co się tyczy zależności gorączki od zakażenia gruźliczego oraz zależności skali ciepłoty od nasilenia sprawy chorobowej. Tu jednak powstaje zasadnicze pytanie, czy gorączka menstruacyjna jest wyłącznie objawem zakażenia ustroju, czy też może powstać bez niego? Pierwszej tezy broni z zapałem Riebold, dowodząc, że jeśli niema wyraźnej sprawy chorobowej ostrej lub przewlekłej, to musi być jakieś ukryte ognisko, bądź w migdałkach po przebytem ongiś zapaleniu gardła, bądź też dawne ognisko gośćcowe, w braku zaś ich znajduje przyczynę krótkotrwałej gorączki w nawykowem zaparciu stolca, zdarzającem się wedle obliczeń Kriegera u 30% kobiet w czasie miesiączkowania. Jednem słowem, gorączka jest skutkiem wessania materyału zakaźnego pod wpływem M, która odgrywa tylko rolę mieszka, rozdmuchującego iskry z pod popiołu. Zgodnie z takiem zapatrywaniem Sabourin ([46]), Kraus i E. Franck twierdzą, że gorączka menstruacyjna, przy wyłączeniu wszelkiej innej sprawy zakaźnej, powinna mieć za przyczynę gruźlicę: jawną lub ukrytą, jeśli nawet badanie, wedle znanych dziś metod, daje wynik ujemny. Tym sposobem gorączka menstruacyjna występuje jako charakterystyczny objaw gruźlicy i w poglądach odnośnych autorów odgrywa ważną rolę rozpoznawczą. Pytanie jednak, czy twierdzenie takie teoretycznie jest uzasadnione? Jeśli zważymy cały szereg objawów patologicznych u kobiet zdrowych podczas miesiączkowania, począwszy od zaburzeń w układzie nerwowym ośrodkowym lub obwodowym, przechodząc przez przewód pokarmowy, narząd oddychania, narząd krwionośny i t. d. i kończąc na najmniej delikatnych tkankach, jak np. skóra, to wypadają one, jako skutki trującego działania wydzieliny jajników na poszczególne tkanki całego ustroju[6]). Taka przynajmniej panuje dziś opinia. Jeśli takiem jest działanie wydzieliny u kobiet zdrowych, to dlaczegobyśmy nie mieli prawa przypuścić, że wydzielina ta może działać podniecająco na ośrodek ciepłotwórczy, zwłaszcza u osób z układem nerwowym pobudliwym, jak to bywa w gruźlicy i gdzie — jak wykazują spostrzeżenia Fürsta oraz Köhlera i Behra — już sama suggestya może podnieść ciepłotę do 38° i wyżej. Tym sposobem, w świetle nowych badań nad wydzieliną jajników i nad »korelacyą chemiczną« w ustroju, sprawa gorączki menstruacyjnej wydaje się nam bardzo powikłaną i nie może, w braku pozytywnych danych naukowych, być rozstrzygnięta ogólną for-

---

6) Patrz zestawienie ich u Wolpa, Schaeffera, Rosthorna i Toblerowej i Zicharewa.

mułą: choroba zakaźna, a w danym wypadku gruźlica. Gdyby zakażenie gruźlicze samo przez się było dostateczną przyczyną gorączki menstruacyjnej, w takim razie powinienby zachodzić związek między nią a natężeniem zakażenia. Tymczasem nie zawsze tak się dzieje. Autorowie np. jak Kraus i Riebold wyraźnie zaznaczają, że gorączka »zupełnie jest niezależną od ciężkości choroby« ([40]). Nasze własne spostrzeżenia — jak dalej wykażemy — również nie podają stałego przyczynowego związku.

Stąd też wypada logiczny wniosek, że skala gorączki nie może być dokładną miarą dla rokowania w gruźlicy, i to niezależnie od chwili pojawiania się gorączki, t. j. przed, podczas lub po menstruacyi (Turban, jak wiadomo, uważa gorączkę po M za objaw niepomyślny). W związku zaś z takim stanem sprawy pojawiają się poważne sprzeczności kliniczne, co się tyczy częstości gorączki. Sabourin napotyka ją niemal u wszystkich chorych i uważa — jak wyżej wspominaliśmy — za jeden z charakterystycznych objawów ukrytej gruźlicy, Kraus u 66%, Gluziński i Grek u 60%, Riebold u 54%, my tylko u 44%. — Cuthbert i Welch (cyt. przez Riebolda) podają następującą statystykę: w początkowych okresach gruźlicy płuc spadek T u 75%; u średnio-ciężko chorych spadek T u 40%, podwyższenie T u 53·3%; wreszcie u ciężko-chorych spadek T u 14·2%, podwyższenie T u 57·1%. Scherer na wielkim materyale (1300 kobiet gruźliczych) spotykał gorączkę przed M bardzo rzadko i przy dokładnej kontroli ciepłoty w ustach i w odbytnicy u 35 chorych znalazł gorączkę tylko u jednej.

Jeśli, przed rozpatrzeniem własnego materyału, tak obszernie poruszyliśmy cały szereg powikłanych pytań dotyczących M, to z tego powodu, że chcieliśmy dać pewne podłoże dla naszych badań, których obraz przedstawia się nader różnobarwnie. Uważamy, iż rola klinicysty nie może ograniczać się do roli komornika, zapisującego pod danemi rubrykami odpowiednie pozycye, lecz powinna w szeregu zjawisk patologicznych szukać, jeśli już nie stałych praw biologicznych, to przynajmniej czynników wyraźnie wyjaśniających dane zjawiska i wiążących przyczyny i skutki w jedną całość. Widzieliśmy wyżej, jak wielkie sprzeczności zachodzą w zapatrywaniach na zasadnicze zagadnienia menstruacyi i jak tym teoretycznym różnicom odpowiadają sprzeczności na polu doświadczalnem i klinicznem. To też z góry zaznaczamy, że rozpatrzenie naszego własnego materyału nie może doprowadzić do ścisłych wniosków.

Nasz materyał kliniczny obejmuje 300 kobiet i przedstawia się jak następuje:

Okres	
w I. okresie (Turbana)	131
» II. » »	90
» III. » »	79
razem .	300

Wiek	
14—15 lat	8 osób
16—20 »	46 »
21—30 »	158 »
31—40 »	70 »
pow. 40 »	18 »
razem .	300

Czas pobytu	
1½— 3 miesięcy	84 osoby
3— 6 »	133 »
6— 9 »	41 »
9—12 »	27 »
pow. 12 »	15 »
razem .	300

Cała suma spostrzeganych okresów wynosi 1167 [7]).

Nim przejdziemy do szczegółów T menstruacyjnej, pragniemy pokrótce rozpatrzeć różne powikłania, dotyczące miesiączkowania, w związku z podstawową chorobą, gdyż powikłania te mogą mieć związek z ciepłotą. Tobler w znanych badaniach, dotyczących wielkiego materyału (1120 chorych), dochodzi do wniosku, że u 76% kobiet miesiączkowanie wywołuje w ustroju zaburzenia — miejscowe lub ogólne, albo jedne i drugie jednocześnie. Statystyka Schaeffera, dotycząca wyłącznie 220 dziewic, jest nieco mniej pesymistyczna; w każdym razie zupełnie prawidłowe miesiączkowanie znajduje on tylko u 28%, zaburzenia miejscowe u 60%, ogólne u 12%. Pytanie, jak się przedstawiają takie zaburzenia na tle gruźlicy? Otóż różni autororowie przypisują gruźlicy większą lub mniejszą rolę etyologiczną w tym względzie, uważają nawet zaburzenia w M, (a zwłaszcza amenorrhoea i dysmenorrhoea) za jeden z objawów ogniska gruźliczego w ustroju, — bądź w płucach, bądź w innych narządach, albo wreszcie jako pierwotną gruźlicę narządów płciowych [8]) Takie poglądy wypowiadają między innymi Schaeffer, Cornet, Kroemer, Gräfenberg. Gräfenberg powołuje się na badania Eisensteina i Hollósa, którzy w 27 przypadkach pierwotnej »dysmenorrhoea« znaleźli dzięki odczynowi tuberkulinowemu 23 razy gruźlicę, stwierdzoną następnie przez badanie fizyczne. Marfan utrzymuje, że zaburzenia w miesiączkowaniu są niemal stałe w gruźlicy i powiada: »jeśli gruźlicą dotknięte są młode dziewczęta, nie mające jeszcze miesiączki, to miesiączkowanie wogóle nie zjawi się».

Wśród naszego materyału dokładne wywiady mogliśmy zebrać u 185 kobiet. Z tej liczby u 48 kobiet (okrągło 26%) spotykamy zaburzenia w samem miesiączkowaniu (nieprawidłowe przerwy, amenorrhoea, dysmenorrhoea etc.); powikłania poza sferą narządów płciowych u 32 kobiet (okrągło 18%) — razem u 80 kobiet, czyli okrągło 44%. Zaburzenia w miesiączkowaniu spotykaliśmy częściej w I. okresie, (u 27%), niż w okresie II. (u 23%). W III. okresie natomiast u 30%.

Wprawdzie widzieliśmy zatrzymanie się M u chorych w II. okresie i to przy pomyślnym przebiegu leczenia. Natomiast u ciężko chorych w III. okresie (u 15 na ogólną liczbę 42), z wielkiemi zmianami i wysokiemi gorączkami, spotykaliśmy miesiączkowanie zupełnie prawidłowe. Dodać zaś należy, że u 9 chorych wśród 15 stan stale się pogarszał i że u dwóch z nich miesiączkowanie wystąpiło ostatni raz na 5 i 3 dni przed śmiercią. Stąd wypadałby wniosek, że nasilenie choroby nie wywiera bezpośredniego wpływu na sprawę miesiączkowania Z tego jednak nie wynika, aby gruźlica pozostawała zupełnie bez wpływu na miesiączkowanie. Przeciwnie. W miarę polepszenia się stanu płuc i stanu ogólnego, spotykamy względne polepszenia w tych zaburzeniach średnio u 25% kobiet. Ale z drugiej strony

---

[7]) Z ogólnej liczby 1167 M wypada po jednej M na 24 chore; po dwie M na 63. Najwyższe cyfry wynoszą: 10 spostrzeganych M u 6 chorych; 11 M u 3 chorych; po 13, 15, 16 i 19 M u jednej chorej; po 12 i 14 M u dwóch chorych.

[8]) Częstość pierwotnej i wtórnej gruźlicy narządów płciowych przedstawia się w cyfrach różnie: wedle Kroemera rozpoznanie kliniczne wynosi około 4%, sekcyjne zaś 18—30%. Wedle Króniga 10% przewlekłych schorzeń przydatków macicy ma za tło gruźlicę.

wpływ ujemny nie wydaje się nam tak bardzo silnym, jak twierdzą niektórzy autorowie, a zwłaszcza Marfan. Mamy bowiem, oprócz wyżej przytoczonych, przykłady czterech dziewcząt, w wieku lat 14 (jedna w II. okresie, trzy w III. okresie), u których choroba datowała się od $^1/_2$ roku do 4 lat, i u których M ukazała się na kilka miesięcy przed przybyciem do sanatoryum lub już w sanatoryum, i to w pełni choroby, przy stanach gorączkowych. Co się tyczy powikłań poza sferą narządów rodnych, to u 22 chorych spotykamy powikłania w narządach oddechowych, — u 10 w innych narządach. Do nich należą: zaostrzenie sprawy ogniskowej w płucach, ale w lekkiej formie [9]), krwioplucia, przejściowe suche zapalenie opłucnej w lekkiej formie (które nb. również często spotykamy u mężczyzn), przejściowy nieżyt nosa i gardła, przejściowe lekkie zapalenie okątnicze, przejściowe zaostrzenie dawnego ogniska gośćcowego, być może przyrody gruźliczej wedle Ponceta (bóle i obrzmienie stawów), wreszcie przejściową silną biegunkę. Pogorszenia wybitnego sprawy gruźliczej w krtani, o której z naciskiem mówi Bottermund, powołując się na Lennoxa Browna, nie udało się nam stwierdzić [10]). Pragnęlibyśmy chwilę zatrzymać się nad krwiopluciem, zastępczem lub uzupełniającem, gdyż ma ono pewien pośredni związek ze sprawą ciepłoty w miesiączkowaniu [11]). Otóż nasze krwioplucia były lekkie i nie pociągały za sobą powikłań w ogniskach płucnych. Jeśli zważymy, jak różne bywa usadowienie się krwawienia zastępczego lub uzupełniającego, trudno jest orzec, co tu jest czynnikiem rozstrzygającym, czy gruźlica sama przez się, czy też działanie wydzieliny jajników na narząd krwionośny. Klinicznie sprawa ta nie jest rozstrzygnięta. Jeśli szereg autorów (Weismayr, Sabourin, Kober, Möller) uważają takie krwioplucie za jeden z objawów gruźlicy płuc u kobiet, i to o charakterze poważnym, to znów szereg innych (Cornet, Peter, Daremberg, Pozzi, Tarnier) na takiem wyłącznem stanowisku nie stoją; Herard i Cornil zaś wyraźnie przeciw takiej stanowczej opinii się zastrzegają.

A teraz przechodzimy do szczegółów.

Z ogólnej liczby 300 chorych, u 115 gruźlica wywiera stały wpływ na zmianę zwykłej ciepłoty, towarzyszącej chorobie; zmiany zaś te przedstawiają, jak zaraz wykażemy, wielką rozmaitość w swych wahaniach. Pozostała liczba 185 chorych da się podzielić na dwie kategorye: 1) 100 chorych z ciepłotą na ogół prawidłową w okresie miesiączkowania. U sześciu chorych jednak T prawidłowa przeszła podczas leczenia w podniesioną i taką nadal pozostała. U czterech dałoby się to przejście uzasadnić opinią wyżej przytoczonych autorów, t. j. pogorszeniem stanu płuc i stanu ogólnego, u dwóch zaś nie, gdyż stan płuc i ogólny doznały wyraźnej poprawy w ciągu leczenia. 2) 85 chorych ze stałą T podgorączkową lub gorączkową, z wielkiemi nawet nasileniami u ciężko-chorych w III. okresie. Wśród tej liczby u **11** chorych widzimy obniżenie się T do poziomu prawidłowego w ciągu leczenia w okresie miesiączkowania, i to obniżenie stałe. Zaznaczyć należy, że u dwu chorych przy dalszym przebiegu leczenia nastąpiło wyraźne pogorszenie; pomimo to T pozostała prawidłową w całym okresie miesiączkowania. W jednym i drugim razie, z wyjątkiem dwu chorych, sub 1) i sub 2) widzimy poniekąd związek między T menstruacyjną, a gruźlicą. Obliczając wszystkie chore razem ze zmianami T menstruacyjnej ($115 + 6 + 11$) otrzymamy cyfrę **132**, co stanowi 44% ogółu chorych 300.

Rozpatrując bliżej wahania T w okresie miesiączkowania, ujrzymy obraz nader różnobarwny. Wahania te mogą odbywać się w ciągu jednego lub kilku okresów w kierunku zwyżki, a później zwrócić się ku zniżce. Skala tych wahań bywa bardzo rozmaitą, od 0·3 do 1·5 a nawet i do 2·0 u jednej i tej samej osoby, przyczem trudno wogóle ustalić przyczynowy związek między nasileniem choroby w danej chwili, a skalą wzmożenia ciepłoty, jak poniżej wykażemy [12]). Wreszcie wahania te w jednym lub drugim kierunku są niezależne od różnych czynników, t. j. od okresu przed, podczas lub po M, a więc nie mogą, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, odgrywać określonej roli na gruncie rozpoznania lub rokowania.

Jakkolwiek różnobarwne są te wahania, dadzą się one jednak ująć na podstawie charakterystycznych cech w granice pewnych grup z tem jednak zastrzeżeniem, że granice te nie są ściśle określone i niewzruszone, raczej są elastyczne, co logicznie wypada z istoty spostrzeganych zjawisk.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Backer. **Badania nad zatorami tłuszczowymi.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 111). Bardzo często zatorowi tłuszczowemu towarzyszy lekkie podniesienie ciepłoty, a tylko w przypadkach ciężkich spotyka się obniżenie ciepłoty. Zwykle po 3. dniu zjawiają się wylewy krwawe, zwłaszcza na bocznych częściach szyi i klatki piersiowej. Zatory tłuszczowe występują przy złamaniach kości prawie zawsze;

9) Takich poważnych pogorszeń, o jakich wspominają np. Turban lub Sabourin, nie spotykaliśmy.

10) Ciekawa rzecz, że taka powaga, jak Moritz Schmidt, mówiąc o ciężkiem pogorszeniu gruźlicy krtani w związku z M powołuje się na Bayera, a nic nie wspomina o własnych przypadkach.

11) Przypominamy, iż oprócz krwioplucia i wzgl. dość częstego krwawienia z nosa, opisano tu rzadkie formy krwawienia: z sutka, z kiszek lub żołądka (Rosthorn) i zgoła rzadkie, jak np. z tocznia na twarzy (Pozzi), w ciele szklistem (Wolpe), z wargi i błony śluzowej ust (Hauptmann).

12) Uwaga. Zauważyć powinniśmy, iż chore nasze mierzą ciepłotę w ustach, w ciągu 7—8 minut, co 2 godziny, co wynosi średnio 7—8 mierzeń dziennie. Jako kryteryum podniesienia ponad zwykły poziom przyjęliśmy 0·3 Celsiusza, jak to czyni Riebold, dla tej prostej przyczyny, że wahania w granicach 0·1—0·2 należy uważać za fizyologiczne już u zdrowych, a tembardziej u gruźliczych, których narząd termoregulacyjny, jak wiadomo, jest nad wyraz czułym i już na lekkie bodźce natury fizyologicznej lub psychicznej szybko odpowiada wzniesieniem ciepłoty, czasem nawet znacznem, wprawdzie krótkotrwałem. Pomyłki więc tu są bardzo łatwe, a zoryentowanie się, czy przyczyną wzniesienia T jest lekkie zaostrzenie ogniska chorobowego lub powikłanie inną sprawą chorobową, czy też bodźce efemeryczne — jest rzeczą trudną i osobistym klinicysty sądom pozostawione jest szerokie pole. Sądzimy jednak, że pilne spostrzeganie chorego i wszechstronna oraz bezstronna ocena wzniesienia T może ograniczyć pomyłki w szukaniu przyczyny tego wzniesienia do minimum.

ale wyraźne objawy daje dopiero większa ilość tłuszczu. Transport tłuszczu odbywa się drogą krwi i limfy. Zator tłuszczowy wystąpić może dalej przy zranieniach wątroby, zatruciu fosforowem, większych operacyach, ropieniach i wybroczynach w szpiku kostnym, ostrych schorzeniach trzustki i t. p. Leczniczo wchodzić może w rachubę w początkach sączkowanie przewodu piersiowego podług Wilmsa. K.

Läwen i Gara. **Doświadczalne badania nad znieczuleniem pozaoponowem.** (Deut. Zeitschr. f. Chr. 111). L. i G. badali różnicę toksyczności znieczulenia śród- i pozaoponowego na królikach. 0,03 nowokainy śródoponowo wywołuje śmierć królika, pozaoponowo zaś przebiega bez żadnych wybitnych objawów. Wstrzyknięcie pozaoponowe jest znów znacznie więcej trujące, niż n. p. śródmięśniowe. Wstrzykiwać się powinno u człowieka bardzo powoli (1—2 minut), a to celem uniknięcia zbyt wysokiego ciśnienia w przestrzeni pozaoponowej, co wywołuje znów za szybkie wessanie. K.

Schultze. **O zachowaniu się mechanicznej pobudliwości mięśni przy tężyczce, objaw językowy.** (Kilka uwag o działaniu substancyi gruczołów przytarczycznych). (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 44). Przy tężyczce u dorosłych spotyka się często szczególne oddziaływanie mięśni na bezpośrednie mechaniczne podrażnienia, a polega ono na t. zw. przetrwaniu kurczu, trwającego nieraz minutę. N. p. na języku tworzy się wyraźny dołek, a gdy pukamy po obu bokach, przewężenie. Objaw ten językowy jest cechujący. Spostrzegać go można i w mięśniach twarzy i kończyn w mniejszym stopniu. Natomiast nieraz niema tego przetrwania kurczu po podrażnieniu prądem galwanicznym. Tem też różnią się te kurcze od podobnych kurczów przy chorobie Thomsena (myotonia congenita). Przy tężyczce pooperacyjnej przeszczepienie gruczołów przytarczycznych może być zupełnie bezskuteczne, jak to stwierdził autor na jednym operowanym przypadku. Czasem, jak to podał Krabbel, dopiero drugie przeszczepienie bywa skuteczne, i to nieraz dopiero w kilka miesięcy. K.

Wilisch. **Kazuistyczny przyczynek do leczenia całkowitego oskalpowania.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 44). Całkowite oskalpowanie przebiega zwykle typowo. Spotyka się je zwykle u kobiet, których włosy porwane zostały przez falujący ruch maszyny. Odarcie skóry i części miękkich następuje z przodu na granicy oczodołów, z tyłu nieco powyżej końca zarostu włosów, bocznie z jednej strony do ucha, a z drugiej zwykle połowa małżowiny ulega oderwaniu. Rokowanie powinno być poważne, bo i po zupełnem zagojeniu pozostać mogą poważne przypady, jak bole głowy i zawroty przy schylaniu się, niedomykanie się oczu we śnie, tworzenie się ciągłych wrzodów w bliźnie, zwężenia pola widzenia, osłabienie pamięci i t. p. W leczeniu w grę wchodzą przeszczepienia sposobem Krausego (płaty), Thierscha (naskórek), przyczem autor radzi ziarniny nie skrobać, lecz ścierać ją silnie gazą. Gojenie trwa tygodniami, a nawet miesiącami, aż do roku. Zwykle potem przyznać należy ubezpieczonym trwałą rentę 25—30%. K.

Haenisch. **Badanie rentgenowskie przy badaniach kiszki.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 45). Do badania jelita grubego nie wystarcza podanie bizmutu przez usta, lecz jedynie z pomocą lewatyw osiągnąć można dokładny obraz. Rozpoznanie pewne uczynić można jedynie na zasadzie najmniej dwukrotnego badania, przeprowadzonego w pewnych odstępach czasu. Po ukończonem badaniu należy wydalić bizmut z kiszki pod kontrolą ekranu, co również nieraz daje cenne wskazówki rozpoznawcze. Również ważne jest obserwowanie wchodzenia lewatywy. Masę do lewatywy przyrządza się w ten sposób, że 300 grm glinki (bolus alba) miesza się dokładnie z $^1/_2$ litra wody i dodaje 75 grm bizmutu, dalej mieszając i dodając jeszcze $^1/_2$ litra wody. K.

A. Eberle. **Bąblowiec nerki ruchomej.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 38). Przypadek dotyczy chorej 35-letniej, która poddała się operacyi z powodu nerki ruchomej. Dopiero podczas operacyi rozpoznano bąblowca. Nerkę rozcięto i pasorzyta usunięto całkowicie. Wyzdrowienie. E. podkreśla trudność klinicznego rozpoznania bąblowca nerki, zwłaszcza nerki ruchomej. I tak według statystyki Bogolubowa na 116 przypadków operowanych, tylko w dziewięciu dokładne rozpoznanie poprzedziło operacyę. Jest także rzeczą godną uwagi, że wszystkie 9 przypadków z dokładnem rozpoznaniem należą do tych autorów, którzy przedtem raz już operowali bąblowca nerki, nie poznawszy się na chorobie. W piśmiennictwie znalazł E. tylko jeden przypadek bąblowca nerki ruchomej, podany przez Orłowskiego. M. Łążyński.

N. Makewnin. **Przypadek plastyki skóry prącia.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 40). U młodego, 21 lat liczącego włościanina, prawdopodobnie wskutek róży nastąpiła zgorzel skóry na całem prąciu. M. dla dokonania plastyki wziął płaty ze skóry moszny, operując w ten sposób, iż utworzył ze skóry moszny rodzaj mostu, pod który wprowadził prącie, poczem po niejakim czasie przeciął połączenia płatu ze skórą moszny, nie jednocześnie obydwa, lecz w pewnych odstępach czasu. Wynik był najzupełniej zadowalniający, gdyż nietylko spółkowanie odbywało się bez przeszkody, ale i czucie przeszczepionej skóry powróciło do stanu prawidłowego. M. ubolewa, że dotychczas niema prac naukowych, któreby dokładnie wyświetlały sprawę odradzania się włókien czuciowych w przeszczepianych płatach skóry przy rozmaitych rodzajach operacyi plastycznych. M. Łążyński.

Cathelin. **Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy nerek.** (Monde med. 1911, Nr 44). Zakażenie gruźlicze nerek może zdaniem C., prócz dróg zwykłych, nastąpić także drogą przewodu pokarmowego, zwłaszcza z mlekiem u osób bardzo młodych. Jednym z wczesnych objawów gruźlicy nerek bywa zwykle nieżyt pęcherza (bez innej wiadomej przyczyny) z moczem mętnym, kwaśnym, parciem, ew. krwotokami. Czasem udaje się wyczuć moczowód, rzadko nerkę, niekiedy spotykamy nacieki w najądrzu, pęcherzykach nasiennych lub sterczu. Mocz rzadko bywa barwy wysyconej, zwykle też ma nizki ciężar gatunkowy. Nieraz spotyka się w nim w dużej liczbie limfocyty, natomiast prątki Kocha udaje się w nim wykryć tylko zapomocą szczepienia. Nattan-Larrier polecił wstrzykiwać podejrzany mocz w sutek karmiącej samicy królika i badać potem co do prątków wydzielające się mleko. Cenne usługi oddaje cystoskopia i badanie czynności nerek. Operować należy wczas, gdy sprawa jest jednostronną i gdy zmiany w pęcherzu są nie duże. Najpewniejsze wyniki daje wycięcie nerki (o ile stan drugiej na to pozwala), i wtedy zwykle co do trwałości wynik jest bardzo dobry. Wobec licznych sposobów badania czynności i stanu nerek nie powinno się obecnie zbyt długo zwlekać z operacyą. A.

Schlaginweit. **250 operacyi kamieni pęcherzowych.** (Tow. lek. Monachium, 5. IV. 1911). Na podstawie bogatego doświadczenia własnego i swego brata, wypowiada autor następujące uwagi: Najczęstszymi objawami kamieni są bole, rozpromieniające się w koniec prącia, krwawienie z moczem przy chodzeniu, nieznaczne parcia przy leżeniu, przerywanie się strumienia moczu. Obecnie rozpoznawać się powinno kamienie z pomocą cystoskopu (trudno przytem nieraz określić wielkość kamieni) lub promieni Röntgena (zwłaszcza kamienie w zaułkach). Operacyą zwykłą powinno być kruszenie. Cięcie wysokie wykonuje się: 1) Przy niemożebności wprowadzenia litotryptora, 2) przy przeroście sterczu, gdy chcemy odrazu operować także gruczoł, lub gdy kamienie leżą w zaułku, 3) w razie zepsucia narzędzia wśród operacyi, 4) przy przypuszczeniu nowotworu lub owrzodzeniach, 5) przy licznych kamieniach, gdzie przypuszczalnie kruszenie w uśpieniu trwaćby mogło za długo, 6) przy

ogromnym kamieniu. Czasem udaje się operować w znieczuleniu miejscowem (na $1^{1}/_{2}$ godziny do pęcherza 50 cm^3 $3^{0}/_{0}$ nowokainy). Przy wprawie najlepiej kruszyć kamienie w pustym pęcherzu. Na końcu operacyi po wypłukaniu zwykłem (hydrarg. oxycyanat 1 : 4000) płucze autor jeszcze lapisem 1 : 1000, a w razie stanu nieżytowego pęcherza zakłada cewnik na stałe. Powikłaniami zdrowienia mogą być: krwotoki, podniesienie się ciepłoty, następowe zwężenia cewki, ew. pozostawienie okruchów. Powinno się zawsze przed wypuszczeniem chorych do domu zbadać pęcherz cystoskopem i uczynić to znowu w 1—2 lat. K.

Portner. **Leczenie zatrzymania moczu.** (Med. Klinik Nr 44, 1911). Przed zastosowaniem cewnika trzeba zawsze chorego najpierw dokładnie zbadać i wstrzyknąć mu morfinę, albowiem od rodzaju cierpienia zależy wybór postępowania. Bardzo dobre usługi oddać może lekarzowi praktycznemu tam, gdzie cewnikowanie się nie udaje, nakłucie t. zw. włosowate, t. j. cienkim trójgrańcem lub igłą ze strzykawką, co ew. powtórzyć można i kilka razy. Nieraz potem cewnik wchodzi dziwnie łatwo. Gdzie nie znamy przyczyny zatrzymania moczu, próbujemy stosować twardy cewnik Nr 20. Przy zwężeniach odpowiednie cienkie cewniki, ew. sposób Le Forta, przy przerosłym sterczu cewniki Merciera lub spłaszczone bocznie (Batrina) lub z góry do dołu (Bastos). Nie należy przytem nigdy wypuszczać moczu odrazu, lecz po wypuszczeniu 200—300 cm dopełniać pęcherz jakimś płynem przeciwgnilnym, czyniąc to co kilka godzin. Bardzo dobre są t. zw. białe elastyczne cewniki Porgesa z Paryża, dające się dobrze gotować. Przy wiewiórze, cierpieniach nerwowych, guzach pęcherza i t. p. stosujemy w razie zatrzymania moczu zwykły cewnik Nelatona, zwłaszcza w modyfikacyi Tiemanna (zagięty u końca). U kobiet zapobiegamy zatrzymaniu przez wstrzykiwanie gliceryny do pęcherza. U dzieci nieraz powodami zatrzymania moczu bywa ból lub przeziębienie. W pierwszym przypadku ciepła kąpiel oddaje cenne usługi. K.

Wilms i Posner. **W sprawie etyologii przerostu sterczu i leczenia tegoż naświetlaniem jąder.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 36). Przerost sterczu występuje na tle zakażenia wiewiórowego, zmian w naczyniach lub jako sprawa nowotworowa. W. i P. upatrują wiele analogii między przerostem sterczu, a mięśniakami macicy. Ponieważ zaś naświetlanie oddaje cenne usługi w leczeniu mięśniaków, a z drugiej strony trzebienie i tak zwane operacye płciowe mają nieraz wybitny wpływ na zmniejszanie się sterczu, przeto W. i P. proponują na mocy jednego wcale korzystnego przypadku, próbować leczenia znacznie przerosłego gruczołu krokowego zapomocą naświetlania jąder. K.

Guleke. **Operacya Förstera przy przełomach żołądkowych.** (Arch. f. klin. Chirurg. 95. III.). 5 przypadków operacyi Förstera u morfinistów-tabetyków. Wynik nieszczególny, bo dwa zgony (gruźlica, zapalenie płuc), a u reszty nawroty po chwilowej poprawie, trwającej do kilku miesięcy. Autor radzi wyosabniać i przecinać korzenie bez otwarcia opony twardej pomiędzy zwojem kręgowym, a workiem oponowym. Należy obustronnie przeciąć 7—11 korzeni. K.

Dominici. **Przyczynek doświadczalny do badań nad odradzaniem się nerwów obwodowych.** (Berl. klin. Wochs. 1911, Nr 43). Po przecięciu nerwu ulega obwodowy koniec zwyrodnieniu z wyjątkiem osłonki Schwanna, która służy potem za podstawę do odrodzenia się nerwu. Nawet przy ubytkach 6 ctm mogą końce przeciętego nerwu połączyć się jeszcze dobrze ze sobą. Zmiany regeneracyjne w odcinku środkowym zaczynają zjawiać się późno, bo dopiero po 4 tygodniach. A.

Lindemann. **Wczesne leczenie zniekształceń krzywiczych nóg, z pomocą przecięcia kości.** (Zft. f. orth. Chir. T. 28). Utarło się mniemanie, że wszystkie prawie skrzywienia i zniekształcenia krzywicze u dzieci z czasem się wyrównują i że dlatego nie potrzeba leczyć, n. p. operacyjnie, zwłaszcza przed 6. rokiem życia. W klinice ortopedycznej Langego w Monachium postępuje się jednak obecnie inaczej, albowiem przekonano się, że bardzo często długo trwające zniekształcenia krzywicze wywołują następowo trwałe zmiany w stawach i usposabiają do zapalenia zniekształcającego, a nieraz powodują stałe kalectwo, n. p. gdy wystąpiło skręcenie kości, niedające się już nawet operacyjnie poprawić. Dlatego też Lange jedynie do 3. roku życia leczy przyrządami, a potem już od 3. roku życia, gdy po półrocznem leczeniu zachowawczem niema poprawy, przystępuje do łamania kości (osteoclasis) zapomocą łamacza Lorenza i leczy złamanie w gipsie około 6 tygodni. Należy pamiętać, że dzieci takie wymagają potem wielkiej opieki, by skrzywienie na nowo się nie wytworzyło. A.

Siziemskij. **Operacya Barącza.** (Russkij Wracz Nr 39, 1911). Autor w 2 przypadkach ciężkiego nerwobolu kulszowego widział dobre wyniki po zastosowaniu operacyi Barącza (oswobodzenie nerwu kulszowego od otaczającej go tkanki łącznej w miejscu wyjścia jego z małej miednicy). Z. Gilewicz.

Położnictwo i ginekologia.

L. Fraenkel. **Czy współczesny stan położnictwa czyni zbędnymi zabiegi zapobiegawcze?** (Gynaek. Rundschau 1911, Nr 20). Współczesne położnictwo cechuje wysoki stopień zachowawczości, spowodowany tem, iż cały szereg zabiegów pozwala kończyć poród w każdym jego okresie. Stąd wynika wyczekiwanie na wskazania ścisłe do rozwiązania, t. j. na objawy niebezpieczeństwa, grożącego matce lub dziecku. Pogląd ten stworzył szablon, ograniczający interwencyę położnika i nie dozwalający na indywidualizowanie przypadków. Tymczasem przy położeniach nieprawidłowych, w pierwszym rzędzie miednicowych przy ścieśnieniach miednicy I i II stopnia, a także przy główkowych, o ile towarzyszą im pewne nieprawidłowości, nie możemy czekać na wskazanie ścisłe, ale musimy wykonać zapobiegawczo cięcie macicy lub miednicy, jeśli chcemy uzyskać płód żywy. Przypadki, w których przy porodzie, pozostawionym siłom natury, dzieci, urodzone żywo, zmierały wkrótce wskutek zmian, powstałych w mózgu lub oponach pod wpływem długotrwałego ucisku, wywołały u autora przeświadczenie, że tylko jeden punkt widzenia — niebezpieczeństwo dla matki — pozwala czekać na wskazanie ścisłe do zabiegu. Gdzie matce chodzi o dziecko żywe, pole dla zabiegu zapobiegawczego jest i musi być otwarte. Tu wyczekiwanie na wskazanie ścisłe, jakiem jest niebezpieczeństwo grożące dziecku, jest niedopuszczalne, gdyż wczesne objawy kliniczne tego niebezpieczeństwa nie są dość wyraźne, a drugotrwały ucisk przy przechodzeniu główki przez ciasną miednicę naraża dziecko na uszkodzenia mózgu, których doniosłości nigdy przewidzieć nie możemy. A. Markowa.

Ekstein. **W sprawie kształcenia położnych.** (Gynaek. Rundschau 1911, Nr 21). Z okazyi piątego Zjazdu niem. Związku, zajmującego się sprawą położnych, omawia autor potrzebę podniesienia skali wymagań, stawianych kandydatkom na położne. Zaznacza, że szkoła ludowa nie daje dostatecznego przygotowania, gdyż stopień wykształcenia musi być wyższym, aby położne istotną korzyść z wykładów odnieść mogły, aby kierownicy szkół wykłady swe na odpowiednim poziomie utrzymali i aby położne potem z sumiennością, odpowiadającą zrozumieniu rzeczy, swój tak odpowiedzialny zawód wykonywać mogły. Prócz tego położne powinny przejść przynajmniej półroczny kurs pielęgniarstwa, zanim przystąpią do kształcenia się w swoim zawodzie. Reforma w sprawie położnych ze względu na jej znaczenie społeczne jest rzeczą doniosłą i pilną. A. Markowa.

A. Zeman. **Sophol, jako środek zapobiegawczy przeciw śluzoropotokowi ócz u noworodków.** (Gynaek. Rundschau 1911, Nr 21). Zabieg Crédégo, stosowany u no-

worodków usunął w niektórych zakładach zupełnie śluzoropotok oczu u noworodków. Ponieważ jednak azotan srebra łatwo się rozkłada i wtedy na dwoinki wiewiórowe nie działa, a prócz tego silnie drażni spojówkę i wywołuje ból, przeto szukano innego środka, któryby tych przykrych własności nie posiadał. Takim środkiem miałby być sophol, połączenie soli nukleinowej formaldehydu z srebrem, zawierające 22% Ag. Jest to biało-żółty proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Rozczyn używany 2—5% powinien być zawsze świeży. Na klinice praskiej robiono doświadczenia w ten sposób, iż jedno oko noworodka zakraplano sopholem, drugie protargolem. Okazało się, iż oba te środki jednakowo chronią przed zakażeniem i w jednakim stopniu drażnią spojówkę. A. Markowa.

Bauer. **O działaniu emanacyi radu na jaja niższych zwierząt.** (Wien. klin. Woch. 1911. Nr 42). B. wykonał doświadczenia nad działaniem emanacyi radu na jaja »Bafo viridis« i »Triton alpestris« i przekonał się, że wielkie dawki wywołują wstrzymanie wzrostu, a nawet obumieranie jaja. Skutek ten następuje dopiero po pewnym czasie, przy naświetlaniu prędzej, przy działaniu emanacyi później. A.

Brant W. D. **Włókniakomięśniak i rak.** (Russkij Wracz 1911, Nr 42). B. opisuje 7 przypadków, w których obok włókniakomięśniaka znaleziono także raka macicy. Na zasadzie własnych badań anatomopatologicznych oraz piśmiennictwa dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Jednoczesna obecność włókniakomięśniaka i raka nie jest zjawiskiem tak rzadkiem, jak dawniej sądzono. 2) Łącznikiem pomiędzy włókniakomięśniakiem i rakiem jest zapalenie błony śluzowej macicy (endometritis fungosa), towarzyszące włókniakomięśniakowi. 3) Nazwa »zwyrodnienie rakowate, zrakowacenie włókniakomięśniaka« nie jest właściwa, chociaż używa się jej dotychczas w piśmiennictwie. 4) Zrakowaceniu podlegają najczęściej włókniaki podśluzowe. 5) Zrakowacenie włókniakomięśniaków następować może w sposób trojaki: a) »per continuitatem« z błony śluzowej, b) drogą przerzutu i 3) z zabłąkanej do wnętrza włókniakomięśniaków tkanki nabłonkowej lub gruczołowej. 6) Rozpoznanie zrakowacenia jest trudne, a czasem niemożliwe. 7) Pojawienie się krwotoków w okresie przekwitania u chorych na włókniakomięśniaki powinno wzbudzić podejrzenie co do zwyrodnienia rakowatego włókniakomięśniaka; w takich przypadkach należy wyskrobać macicę w celu rozpoznawczym. 8) Możliwość zrakowacenia włókniakomięśniaków powinna być najważniejszem wskazaniem do rychłej operacyi. 9) Jedyny sposób operacyjny przy zrakowaceniu włókniakomięśniaków polega na całkowitem usunięciu macicy wraz z przydatkami. M. Pietkiewicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przy gruźlicy chirurgicznej zaleca Seyberth ogniskowe wstrzykiwania t. zw. tuberkuliny Rosenbacha. (B. z. kl. Chir. LXXIV.). A.

Opatrunek mastisolowy, t. j. napędzlowanie okolicznej skóry rozczynem żywicznym »mastisol« i przyciśnięcie na to tamponika bez innych procedur, jak to radzi Oettingen, zachwala na mocy swego doświadczenia Börner, zwłaszcza dla praktyków. (Münch. med. Wochs. Nr 43). A.

Przy odprowadzaniu przepuklin używa Luxard do pomocy wstrzykiwań podskórnych bromku skopolaminy (0,005—0,01), a to celem wywołania porażenia splotów ruchowych jelit. (J. de med. de Paris 729—1911). A.

Przy wiewiórowych zapaleniach stawów poleca Hildebrand wstrzykiwania w staw około 5 cm^3 nalewki jodowej. Odczyn z początku silny, lecz skutek bardzo dobry rychło następuje. (Sem. med. 1911—39). A.

Salwarsan zaleca Remesow jako pewny środek zwalczania duru powrotnego. Wstrzyknięty śródżylnie przerywa salwarsan chorobę w 6—48 godzin. (Münch. med. Wochs. Nr 42). A.

Przy powikłaniach cukrzycy (swędzenia, nerwobole i t. p.) stosują Sicard i Salin śródżylne wstrzykiwania 9—10% rozczynu sody co 4—5 dni w ilości 100—250 cm^3. Wstrzykiwania te stosować radzą także przy zamierzonych operacyach celem zapobieżenia wystąpieniu śpiączki cukrzyczej. (Soc. med. d. hop. VI.). A.

Uczucie sytości, jak przekonał się Albu, nie zależy od napełnienia żołądka, i dlatego można chorych forsownie odżywiać w ten sposób, że najpierw podaje się pokarmy przez zgłębnik, a potem chorzy jedzą jeszcze dalej sami z apetytem. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 42). A.

Stan dzieci szkolnych badali w Monachium w dwóch szkołach ludowych (miejskiej i podmiejskiej) Oppenheimer i Landauer i przekonali się, że dzieci w szkole podmiejskiej tak co do wagi, jak wzrostu ciała i obwodu klatki piersiowej ustępowały dzieciom ze śródmieścia. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 42). Klęsk.

Przenośnikami zarazków są podług Ritschla bardzo często naczynia i przyrządy, używane do jedzenia i dlatego radzi je R. w hotelach, restauracyach i pensyonatach po użytku gotować, celem odkażenia. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 42). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 8. XI. 1911.

Przewodniczy kol. Prof. Cybulski. Obecnych członków 50.

Przewodniczący wzywa do uczczenia pamięci zmarłych członków Tow., Dra Franciszka Cholewicza i Dra Józefa Zanietowskiego sen.

1) Kol. Szymanowski przedstawia **sposób wykrywania wąglika zapomocą precypitacyi.**

2) Kol. Kozłowski wykonał na chorej **wlewanie śródżylne salwarsanu** przyrządem Assmy-Mucha-Schramek, objaśniając przytem szczegółowo technikę zabiegu i zalety przyrządu.

Zgromadzeni przyjęli demonstracyę oklaskami.

W dyskusyi Prof. Wicherkiewicz wyraża przekonanie, że sposób stosowania salwarsanu, przedstawiony przez Dra Kozłowskiego, najzupełniej odpowiada zadaniu, jak się zresztą mógł osobiście o tem przekonać na przypadkach klinicznych, w których kol. K. swoim przyrządem dokonał wstrzyknięcia zręcznie, szybko i bez najmniejszego oddziaływania w trzech przypadkach. Prawda, że skutku dotychczas nie osiągnęliśmy, albo też przypadki te nie obudzały nadzwyczajnej nadziei. Przy tej sposobności zwracam jeszcze i na to uwagę, że rozmaite ujemne objawy, występujące po wstrzyknięciu, przypisywane nie salwarsanowi, ale uważane za nawroty kiły, niezawsze za takie mogą uchodzić, a częściej niezawodnie przyjdzie nam salwarsan posądzać o wywoływanie niepożądanych skutków, skoro lepiej rozpatrzymy się w działaniu tego środka. W »Deutsche med. Wochenschrift« ogłosił Reissert zaczerpnięte z piśmiennictwa różne objawy oczne najrozmaitszego rodzaju, występujące po zastosowaniu salwarsanu, zwłaszcza mięśniowem, a ciężki przypadek z własnej jego praktyki wykazuje, że po wstrzyknięciu salwarsanu w świeżej kile u osobnika, cieszącego się zupełnie zdrowemi oczami, wystąpiły po sobie tak różnorodne, do utraty wzroku prowadzące, zmiany (zapalenie nerwu ocznego, siatkówki, zaćmienie ciała szklistego, zapalenie tęczówki, błonki Descemeta), jakich zwykle

w kile, lecząc przetworami rtęciowymi, nie spotykamy. To też zawsze jeszcze wielkiej ostrożności przy użyciu tego nieobojętnego środka i w wyborze przypadków i sposobie stosowania przestrzegać nam trzeba. Tam jednak, gdzie salwarsan wskazany, wstrzyknięcie śródżylne, wykonane w sposób przez Dra Kozłowskiego przedstawiony, wydaje mi się najodpowiedniejszem. (Streszczenie własne)

Kol. Boczar zaznacza to samo; uważa za stosowne, by taki zabieg uskuteczniali zawsze dwaj lekarze. W dyskusyi przemawiali dalej Prof. Bujwid, Cybulski i Krzyształowicz, również z uznaniem wyrażając się o przyrządzie.

3) Prof. Cybulski wygłasza wykład: **Prądy czynnościowe w mięśniach.**

Sekretarz doroczny: Dr. G. Grzybowski

Pierwsze wrażenia lekarza szkolnego.

Napisał

Dr Adolf Klęsk.

Pierwsze wrażenie, jakie odbieramy w pewnej sprawie, nieraz rozstrzyga o dalszych jej losach i kierunku, a nadto dozwala ono pochwycić niejako w szybkim szkicu sylwetę wielu ciekawych szczegółów, które z czasem, w miarę nawykania do zajęcia, uchodzą naszej uwagi. Dlatego też postanowiłem podać to pierwsze wrażenie, bez oglądania się na porównania z systemami krajów, w których lekarze szkolni działają już dawno.

Jednem z najważniejszych może i najtrudniejszych zadań lekarza przy obejmowaniu obowiązków lekarza szkolnego jest ustalenie dobrego stosunku do ciała nauczycielskiego, a dopiero w dalszej linii stosunek do uczniów, oraz ich rodzin. Co do pierwszego, to ze strony ciała nauczycielskiego w znacznej części spotkaliśmy się z przyjęciem bardzo życzliwem, a nieraz serdecznem. Nierzadko wyrażano zdanie, że oddawna oczekuje się na lekarzy szkolnych, jako na instytucyę w szkole niezbędną. Nauczyciele i kierownicy pomagają nam i mimo swych ciężkich obowiązków na każdym kroku chętnie stosują się do naszych rad i wskazówek, pojmując w zupełności potrzebę i ważność higieny szkolnej. Są między nimi i tacy, którzy nawet z duszy i serca oddają się sprawie i właśnie u nich spotykaliśmy wzorowe stosunki: dzieci czysto umyte i ubrane, racyonalnie porozsadzane, a co najważniejsze, o każdem z nich nauczyciel wie dokładnie, jakie ma wady, uzdolnienie, stosunki domowe i t. p. Nieraz też w jednej klasie zwracał uwagę naszą nauczyciel na kilku uczniów »źle widzących«, a tuż obok w klasie równorzędnej, nieraz liczniejszej, kolega jego twierdził że »wszystko jest dobrze« i dopiero lekarz przy badaniu wykrywał liczne wady. Widzimy z tego, że skuteczność działalności lekarza szkolnego zależy w znacznym stopniu od odpowiedniego fachowego poparcia i współdziałania nauczycieli, co znowu naprowadza nas na wyrażenie życzenia, by nauczyciele, względnie kandydaci, byli dokładnie obeznawani z najważniejszymi postulatami nowoczesnej higieny, zwłaszcza zaś szkolnej. Wtedy będą oni mogli skutecznie pomagać lekarzom, ocenią dokładnie potrzebę statystycznych zestawień, żmudnego wypełniania druków, szczegółowego badania dzieci, walki z chorobami zakaźnemi, kontroli dzieci nieusprawiedliwionych, kąpieli szkolnych i t. p. Wielu np. z nauczycieli zdumiewało się, widząc, ile wad i zaburzeń wykrywa lekarz przy badaniu dzieci nieraz pozornie najzdrowszych. Co do stosunku lekarza szkolnego do dzieci, to nie mieliśmy czasu wyrobić sobie jeszcze o tem dokładnego pojęcia. Mam jednak to głębokie przekonanie, że potrafimy w zupełności »wkraść się« niejako w zaufanie dzieci i podobnie, jak to twierdzą obcy lekarze szkolni, dzieci zwierzać się nam będą z tajemnic w sprawach, których dotąd nikomu wyjawiać nie miały sposobności, czy nie śmiały, np. płciowych.

Ciekawym okazał się stosunek lekarzy szkolnych do rodziców dzieci. O ile chodziło o ulgi w naukach, rodzice zwracali się do lekarzy z ochotą i »zaufaniem«, tam jednak, gdzie lekarz zmuszony był dzieci wydalać ze szkoły z powodu brudu lub wszawicy, występował tu i ówdzie opór ze strony rodziców, czasem gburowate zachowanie się, a nawet pogróżki. To też skłoniło nas w porozumieniu z nauczycielstwem do zmienienia bezwzględnego postępowania w przypadkach zanieczyszczonych głów (a stanowią one nieraz przeszło 30%) i odtąd staramy się postępować powoli, wstrzymując od uczęszczania do szkoły tylko najbrudniejsze dzieci i to po kilka i zwykle z piątku na sobotę i niedzielę (co ze względu na stratę czasu i bytność rodziców w domu po za zajęciem okazało się najpraktyczniejszem). Naturalnie tam, gdzie brud jest zbyt rażący, nie liczymy się z żadnymi względami. Jak to słusznie zaznaczył na wstępnem posiedzeniu lekarzy szkolnych naczelny lekarz miejski kol. Janiszewski, »zadanie lekarzy leży głównie w wychowywaniu dzieci w zasadach higieny i przyzwyczajaniu do tych zasad«, co dokładnie określa postępowanie w przeciwieństwie do szybkiego »urzędowego« niejako zmieniania dotychczasowych nawyknień, i to tak u dzieci, jak i u rodziców, a nawet w szkole samej.

Na jedną jeszcze rzecz zwrócić tu chciałbym uwagę, a mianowicie na sprawę »leczenia« dzieci szkolnych. W żadnej prawie instrukcyi dla lekarzy szkolnych nie ma mowy o leczeniu (po za udzieleniem pierwszej pomocy), a nawet wyraźnie się zaznacza, że do lekarza szkolnego leczenie dzieci szkolnych nie należy. Tymczasem, co zresztą zupełnie naturalną było rzeczą, rodzice byli pewni, że lekarzy mianowano po szkołach jedynie czy głównie celem bezpłatnego leczenia dzieci i wyręczania przez to rodziców w chodzeniu po lekarzach i szpitalach. Wzywano nas nawet z początku w tym celu na odległe przedmieścia, a nawet wioski! Gdy zaś lekarz oświadczył, że leczenie do niego nie należy, nieraz pytano: a więc w takim razie, po co są lekarze szkolni?

Chcąc jednak przyjść z pomocą rzeczywiście biednym, miejski Urząd zdrowia przy łaskawym współdziale kol. Prof. Łepkowskiego ma zamiar otworzyć w gmachu magistratu szkolne ambulatoryum dentystyczne, a ewentualnie z czasem i dla chorób wewnętrznych, na wzór poliklinik szkolnych zagranicznych.

Wiemy jak trudnego, lecz zarazem wdzięcznego podjęliśmy się zadania. Z dumą podnosimy, że Kraków pierwszy dał u nas początek podobnej instytucyi, a z radością widzimy, że już teraz inne miasta zasięgają naszej rady na tem polu. Wiemy, że nieraz jeszcze z początku walczyć będziemy musieli z przesądami i niekiedy dopiero przekonywać rodziców o potrzebie i ważności badań dzieci i zarządzeń lekarza szkolnego, lecz mamy nadzieję, że społeczeństwo zrozumie rychło i oceni wielkie znaczenie i cel instytucyi lekarzy szkolnych, a my wychowamy przyszłych obywateli w imię zasad higieny nowoczesnej. W tej też nadziei i myśli mimo przeszkód idziemy śmiało i z ochotą dalej w obranym kierunku.

†

Dr Stanisław Markiewicz.

Gdyby istniał jakiś »grób zasłużonych« lekarzy polskich, to jednym z tych, których sarkofag tam znajdowaćby się powinien, byłby wśród współczesnych ś. p. Stanisław Markiewicz. Dziś, gdy Go brakło, zmierzyć można rozmiary, wielostronność i doniosłość Jego działalności, tem godniejszej istotnie zazdrości, że uwieńczonej powodzeniem.

Bo ś. p. Markiewicz był przedewszystkiem człowiekiem czynu. Miał ten rzadki dar, że każdy swój pomysł natychmiast umiał wprowadzić w życie, wkładając w rzecz niezmożoną energię i wytrwałą wolę i znajdując rychło trafne środki, wiodące do celu. A pomysłów tych — powziętych z doskonałą rozwagą — było dużo i wszystkie miały źródło w trosce o dobro publiczne. Było w tym mężu coś z tych, którzy niegdyś myśleli i działali »ku naprawie Rzeczy pospolitey«, a którzy dziś z odległości wieków wydają się nam jak spiżowe posągi, wolne od ludzkich słabości i przywar. We wspomnieniu o ś. p. Markiewiczu określa go Dr Józef Zawadzki, jako »zimnego napozór, mało dostępnego, niezbyt zapalnego, trzeźwego«; ale jednak nawet nam, którzyśmy Go znać nie mieli szczęścia, prześwieca z poza tych spiżowych, zimnych pozorów przez czyny Jego gorące, szlachetne serce i gorąca, szlachetna myśl, wytężona zda się wyłącznie ku zdobyciu lepszej przyszłości dla ojczyzny i rodaków.

Nad świeżą mogiłą trudno dokładnie zobrazować całe dzieło długiego a pracowitego żywota ś. p. Markiewicza. Bo chociaż dziś już dzieło to przedstawia się tak niepospo-

licie, że, jak pięknie określa biograf ś. p. Markiewicza, miał On jeszcze za życia »pomnik z serc ludzkich i ludzkich błogosławieństw«, to jednak dopiero dalsze pokolenia będą mogły Go w pełni ocenić, gdy już zejdą wszystkie plony z hojnie przez Niego na niwę społeczną rzucanych zasiewów. Bo to, co głównie zapisze ś. p. Markiewicza w pamięci potomnych, to jest Jego działalność społeczna. Nam, z dalsza patrzącym, zdaje się, że dla Warszawy i Królestwa był ś. p. Markiewicz na polu higieniczno-społecznem tem, czem u nas ś. p. Jordan, a może więcej jeszcze.

Żywot Jego w niewielu zawiera się datach. Urodzony, jako syn lekarza powiatowego i szpitalnego, w Rawie 8 sierpnia 1839, ukończył ś. p. Markiewicz gimnazyum w Warszawie w r. 1857, przez dwa następne lata studyował medycynę w Akademii medykochirurgicznej tamtejszej, a przez dwa dalsze we Wrocławiu. W r. 1864 uzyskał stopień lekarza w Warszawie; we wcześniejszem uzyskaniu dyplomu przeszkodziły Mu zapewne ówczesne wypadki polityczne. Rok jeden już jako lekarz kształcił się dalej w Würzburgu, Wiedniu i Pradze; po powrocie praktykował do r. 1867 w Tomaszowie rawskim, a następnie przez lat 12 był lekarzem fabrycznym w Soczewce. W r. 1879 przesiedlił się do Warszawy na wezwanie sanitarnego komitetu obywatelskiego, zajmującego się asanizacyą miasta. Od tego czasu przez lat przeszło czterdzieści bez przerwy pracował na polu społeczno-higienicznem i wielkie oddał naszej stolicy i krajowi usługi, gdyż prawie wszystkie reformy sanitarne, od tego czasu w Warszawie podejmowane, były zasługą Jego inicyatywy lub owocem Jego współdziałania; bardzo wielu instytucyi On był założycielem lub współzałożycielem, propagatorem i podporą. Szerokiemu ogółowi znany przedewszystkiem jako założyciel kolonii wakacyjnych dla dzieci, które stworzywszy w r. 1881, ze skromnych początków rozwinął w największą tego rodzaju na ziemiach polskich instytucyę, opiekującą się przeszło 3000 dziatwy, był ś. p. Markiewicz, jak się obecnie okazuje, jednym z pierwszych i najzasłużeńszych pionierów higieny w Królestwie, a higieny szkolnej w szczególności. Już w r. 1881 pokierował ze stanowiska higienicznego budową wzorowego gmachu jednej ze szkół prywatnych, w której potem przez lat kilkanaście był lekarzem szkolnym, w nowoczesnem znaczeniu pierwszym bodaj w Polsce. W niemałej mierze zawdzięcza Warszawa swe wodociągi, wzorową kanalizacyę, zadrzewienie ś. p. Markiewiczowi, który piórem, słowem i czynem popierał przeprowadzenie tych spraw, energicznie współpracując z ówczesnym, we wdzięcznej pamięci Warszawian żyjącym prezydentem miasta, generałem Starynkiewiczem. Będąc długi czas lekarzem, a potem kierownikiem spraw sanitarnych kolei warszawsko-wiedeńskiej, stworzył w niej nowoczesne urządzenia higieniczne, odbijające od stanu kolei żelaznych w Rosyi. Poza tem nie było prawie sprawy, dotyczącej zdrowia publicznego, w którejby Jego brakło; przeglądając obfity, przeszło sto rozpraw obejmujący, dorobek piśmienniczy ś. p. Markiewicza, zdumiewać się przychodzi ruchliwości i wielostronności Jego w tym względzie. Pisał więc i o opiece publicznej nad obłąkanymi i o ustroju służby zdrowia publicznego i o epidemiologii i o przymusowem szczepieniu krowianki, ogłaszał prace z zakresu statystyki lekarskiej, higieny miast, higieny wieku niemowlęcego, ustaw sanitarnych, higieny budowlanej i mieszkań i t. d. i t. d. Od samego założenia »Zdrowia« aż do niedawnych jeszcze lat pełne są roczniki tego pisma płodów Jego pracy.

Ale niemniej ruchliwą i płodną była praca piśmiennicza ś. p. Markiewicza w zakresie naukowym, obejmująca również szeroką skalę, począwszy od zagadnień z teoryi nauk lekarskich, które z obcej literatury streszczał i omawiał, od licznego szeregu spostrzeżeń własnych z najróżniejszych działów, najwięcej z zakresu ginekologii i pedyatryi, aż do sprawozdań poglądowych, przeglądów literatury polskiej, artykułów krytycznych i drobnych uwag i notatek, rozrzuconych na łamach »Kliniki«, której był stałym współpracownikiem od r. 1866, »Medycyny«, »Gazety lekarskiej«, »Pamiętnika Tow. lek. warsz.« i in., oraz aż do działalności wydawniczej. Poza pismami fachowemi pisał dużo, a zawsze propagując jakąś ważną publiczną sprawę, w pismach codziennych, jak »Gazeta warszawska«, »Gazeta handlowa« i t. d. A oprócz tego znajdował jeszcze czas, by wygłaszać publicznie wykłady popularne w tymże zakresie, a przedewszystkiem, by niestrudzenie krzątać się około rozwoju swoich kolonii wakacyjnych, z któremi imię Jego chyba na zawsze już się związało.

Rzadkiem, a szczęśliwem losów zrządzeniem dożył nagrody za pracę: czci powszechnej, której odbiciem był trzykrotny wybór na prezesa Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (1903—1906), wybór na członka honorowego Towarzystw lekarskich w Warszawie i Krakowie, — a co pewno więcej jeszcze waży — dożył spełnienia swoich zamiarów, rozwoju i rozkwitu instytucyi, do których kładł podwaliny.

A historya medycyny polskiej zapisze Go jako wzór lekarza-obywatela.

S. C.

---

†

Dr Adam Szulisławski.

Nie brak u nas lekarzy zdolnych, ani posiadających gruntowną wiedzę; jest wśród nich niemało wytrwałych i gorliwych pracowników na niwie naukowej, są inni, działający na polu społecznem. Społeczeństwo nasze ma w swem łonie wielu ludzi prawych, ma też jeszcze na szczęście takich, w których piersi żyje wiara w ideał i takich, którzy stwierdzają ją czynem. Ale duch czasu wogóle, nieszczęśliwe warunki bytu naszego społeczeństwa w szczególności sprawiają, że coraz częściej w dzisiejszych, dziwnie chwiejnych, w jakimś chaosie pojęć i uczuć szarpiących się duszach rozwija się tylko jedna lub kilka z tych zalet i zdolności, że coraz rzadziej spotyka się je wszystkie razem, w równowadze i harmonii. A już prawie wyjątkowo łączy się ze wszystkiemi temi zaletami dobroć serca i hart ducha, stwarzając przepiękny, zrównoważony typ prawdziwej męzkości, swych celów i obowiązków świadomej, swym hasłom wiernej, nawet wśród burz spokojnej, nawet w nieszczęściu pogodnej. Pogoda, stałość, dzielność tych rzadkich ludzi jakimś świetlanym promieniem padają naokoło; przy nich i z nimi nietylko wszystkim dobrze, serdecznie, nietylko każdy czuje, że to ostoja, na której oprzeć się pewnie, że ta ręka nie zawiedzie, te usta nigdy nie kłamią, ale idzie od nich jakiś prąd życiodajny, krzepkość moralna, zaraźliwa chęć czynu, służby wszystkiemu, co piękne, dobre i szlachetne. Ubytek takich ludzi, to nietylko zwykła luka w szeregach pożytecznych pracowników naszego zawodu, którą wypełni kto inny; to strata bolesna bardzo, tem boleśniejsza, gdy przedwczesna.

A takim był Adam Szulisławski.

Takim był nietylko przez stosunki, w których Mu, jako dojrzałemu już mężowi żyć i działać przyszło, ale oprócz darów wrodzonych, przez warunki wychowania, atmosferę zacności i prawości, otaczającą Go w domu rodzicielskim, którego wspomnienia jak świętość czcił, przez obcowanie z ludźmi szlachetnymi, których wśród rówieśników swych i starszych od siebie odczuwał i na towarzyszy swych i przewodników wyszukiwał.

Urodzony w Tarnowie w r. 1865 ukończył ś. p. Szulisławski nauki gimnazyalne w Stanisławowie, poczem zapisał się na Wydział lekarski Wszechnicy krakowskiej. Tutaj wszedł w grono, przejęte rzetelnym zapałem dla nauki, do którego zaliczało się kilku młodzieńców niepospolitych zdolności, jak np. przedwcześnie a tragicznie zmarły ś. p. Dr Czapliński. Grono to trafiło na pomyślną chwilę wielkiego ożywienia prądów umysłowych wśród młodzieży lekarskiej, związanego z początkiem działalności prof. Napoleona Cybulskiego na katedrze fizyologii; toteż już w początku samym studyów lekarskich przygarnęło się to grono do pracowni fizyologicznej jako pierwsze, najstarsze kadry jej pracowników. Uzyskawszy przez to poważną podstawę teoretyczną, a zwracając na siebie uwagę profesorów zdolnościami, pracowitością i wielką sumiennością, poświęcił się ś. p. Szulisławski w dalszym ciągu studyów okulistyce i po uzyskaniu dyplomu doktorskiego w r. 1890, objął stanowisko asystenta w klinice prof. Wicherkiewicza w Poznaniu. Stamtąd przeniósł się na stanowisko asystenta uniwersyteckiej kliniki krakowskiej, pracując pod kierunkiem ś. p. prof. Lucyana Rydla, a wreszcie w Wiedniu pod kierunkiem prof. Fuchsa.

Uzbrojony gruntowną wiedzą i niemałem doświadczeniem

osiadł ś. p. Szulisławski we Lwowie, gdzie objął stanowisko sekundaryusza w szpitalu krajowym na oddziale okulistycznym prof. Macheka. Na tem stanowisku zdobył ś. p. Szulisławski powszechne uznanie kolegów dla swej pracowitości i wiedzy, serdeczne sympatye dla swych niepospolitych zalet osobistych i rosnące wzięcie i szacunek w szerokich kołach pacyentów. Po ustąpieniu z sekundaryatu, obejmuje ś. p. Szulisławski stanowisko rządowe w Biurze sanitarnem Namiestnictwa, gdzie pracuje w służbie publicznej z równą gorliwością, jak poprzednio w szpitalu. Szereg nader sumiennych prac naukowych otwiera Mu wstęp do Wydziału lekarskiego. Habilituje się w r. 1901 we Lwowie, a w r. 1909 mianowany zostaje profesorem nadzwyczajnym.

Poza obowiązkami ściśle zawodowymi, poza ofiarną pracą dla chorych w lwowskiej Poliklinice powszechnej, gdzie współdziała od pierwszej chwili jej istnienia, bierze na siebie ś. p. Szulisławski pracę dla ogółu lekarzy i społeczeństwa. Zaufaniem kolegów powołany do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, obejmuje najżmudniejszą agendę, mianowicie sekretaryat generalny, sprawując ten urząd niezmiernie sumiennie przez szereg lat. Nie ustając w pracy piśmienniczej i ogłaszając dalsze swe spostrzeżenia naukowe, oddaje ś. p. Szulisławski swe pióro także na usługi popularyzacyi higieny w najszerszych kołach i pisze kilka rozpraw z tego zakresu.

Po polsku ogłosił: 1) Przypadek kilkakrotnie powracającego urazowego odczepienia siatkówki. Nowiny lek. 1891. 2) Trzy przypadki jednostronnego porażenia ździeraczа źrenicy i mięśnia rzęskowego. Przegląd lek. 1893. 3) O operacyjnem leczeniu jaglicy. Przegląd lek. 1895. i Pamiętnik VII Zjazdu lek. i przyr. polsk. 4) Przyrząd przenośny do odkażania narzędzi okulistycznych. Przegląd lek. 1896. 5) Przypadek zaniku nerwów wzrokowych z niezwykłą poprawą bystrości wzroku. Przegląd lek. 1896. 6) Przyczynek do leczenia stożkowatego wydęcia rogówki. Gazeta lekarska 1896. 7) Przeszczepienie mięsaka barwikowego z rogówki na spojówkę. Przegląd lek. 1896. 8) O zastosowaniu wasogenów jodowych w okulistyce i ich przenikaniu przez skórę. Przegląd lek. 1898. 9) Ciastowaty przerost powieki górnej. Przegląd lek. 1899. 10) O powstawaniu ropni mózgowych w przebiegu ropienicy oczodołu (phlegmone orbitae). Przegląd lek. 1899. 11) O zastosowaniu protargolu w okulistyce. Przegląd lek. 1899. 12) Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej. Przegląd lek. 1900. 13) Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednem oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu § 156 a. ust. karnej? Przegląd lek. 1902 i Postęp okul. 14) O nowej metodzie Wingena do oznaczania światła dziennego w szkołach. Przegląd higien. 1902. 15) Z higieny oka. Przegląd higien. 1904. 16) Kiła oka. Tygodnik lek. 1906. 17) Z okulistyki sądowej. Przegląd lek. 1908. 18) O podspojówkowych pęknięciach twardówki pod wpływem urazów tępych. Tygodnik lek. 1908.

Pismo nasze liczyło ś. p. Szulisławskiego do swych najbliższych, wiernych i wypróbowanych przyjaciół i współpracowników.

Kiedy Lwów przygotowywał się w r. 1907 do przyjęcia w swych murach — po raz pierwszy od odnowienia Wydziału lekarskiego — Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, nie cofnął się ś. p. Szulisławski znowu przed najżmudniejszym działem pracy przygotowawczej i jako sekretarz generalny Wydziału gospodarczego znakomicie przyczynił się do doskonałej organizacyi Zjazdu.

Wśród wielostronnej, wytężającej pracy jedynem wytchnieniem były dla ś. p. Szulisławskiego chwile, spędzane przy ognisku domowem, a rozrywką szlachetny i gorący kult sztuki. Obdarzony przepysznym głosem, miłośnik muzyki kameralnej, głęboko i wytwornie muzykalny, zostawił ś. p. Szulisławski niezatarte wspomnienie w kołach artystycznych zarówno Krakowa, jak i Lwowa, gdzie jako znakomity amator-wykonawca wielokrotnie współdziałał w koncertach, najchętniej wtedy, gdy przez to mógł się przyczynić do otarcia łez i do niesienia pomocy biednym i nieszczęśliwym.

Przed kilku laty zapadł ciężko i na długo na serce; wytężająca, nieustanna praca przedwcześnie podkopała Jego siły. Nie było już Mu danem wrócić do zupełnego zdrowia; ale skoro tylko stan po wielu, wielu miesiącach cierpień i niepewności poprawił się, jął się ś. p. Szulisławski znowu pracy, z rosnącą poprawą nową rozwijając energię i choć znał grozę swego położenia, znosząc je z niezwykłą pogodą. Przez wielu kochany, stał się im odtąd droższym jeszcze, budząc swym hartem i spokojem podziw dla siebie i nieśmiałe, nieprawdopodobne nadzieje, że złe minęło na długo. Pracował do ostatniej chwili; życie zgasło nagle, 22. b. m.

Jak szeroko i jak głęboko zapisał się w umysłach i w sercach, świadczyły wygłoszone nad trumną mowy prof. Macheka od Wydziału lekarskiego, prof. Sieradzkiego od Towarzystwa lekarskiego, Dr Skałkowskiego od Polikliniki powszechnej, świadczył udział w pogrzebie władz, korporacyi i Towarzystw, Senatu i całego grona profesorów Uniwersytetu, Izby lekarskiej, Towarzystwa lekarskiego, Polikliniki, Rady szkolnej krajowej, Departamentu sanitarnego Namiestnictwa, grona lekarzy i tłumów publiczności, wśród nich zastępu pracowników elektrowni miejskiej, żegnających swego lekarza; świadczą te gorące wspomnienia, któremi złożyła Zmarłemu hołd cała prasa lwowska, a z których niech tu pozostanie choćby to jedno:

»Zmarł człowiek dobry, jeden z tych, którzy zdobią społeczeństwo i rozbrajają mizantropów. Kochał sam ludzi i był kochany.

Żywotność duchowa wiązała Go z życiem; i chciał żyć — contra spem. Był lekarzem, przeto wiedział, że nie dane Mu życie długie. Cieszył się w ostatnich latach każdym dniem darowanym, a pracę, której owoc był Mu najsłodszy z rozkoszy, łożył jak dziękczynienia za życie.

Żył poza brudem i fałszem. Zasługę ma u nas ten, kto daje przykład, że tak żyć można. Umiał znaleźć powab w prosto wyznawanych zasadach prawdy, dobra i piękna.

Obowiązek wesoło spełniał i z miłością. Praca była Jego naturą, a obowiązek nie uciskał go z zewnątrz, jak to czyni z niewolnikami, użalającymi się swej doli.

Był »panem«, jak każdy, kto czerpie z wnętrza swego, człowiekiem niezależnym. Był panem, jako obywatel, bo miał swój naród. Miał swoją dumę polską i poczucie Polski żywej, jako faktu obowiązującego.

Był też wzorowym człowiekiem, który uczy, że można być w każdym szczególe wiernym sobie i szczepić ideał na faktach realnych, choćby w najszczuplejszym zakresie życia. Zasnął spokojny, obrachowany ze światem, niezależny, czysty.

Daj nam, Boże, więcej takich ludzi!« C.

---

†

Dr Józef Szewczyk.

Jeden z ostatnich świadków narodzin naszego pisma i najdawniejszych jego współpracowników, ostatni już chyba z grona najbliższych uczniów znakomitego Dietla, ostatni zasłużony weteran świetnej, przez Dietla w klinice krakowskiej w połowie zeszłego wieku zainaugurowanej epoki.

Urodzony w r. 1834, po ukończeniu Wydziału lekarskiego był ś. p. Dr Józef Szewczyk jednym z ulubionych asystentów Dietla i spadkobiercą jego tradycyi klinicznych. W czasie swej pracy w klinice rozpoczął działalność piśmienniczą, ogłaszając w »Przeglądzie lekarskim«: »Peritonitis stercoralis cum ictero« (1862), »Zapalenie otrzewny zgruźlałe, wywołane przez wrzód żołądka przeszywający« (1863), »Zapalenie płuc durzycowe« (1863) i »Przyczynek do kazuistyki klinicznej ziarnowca wątrobowego (echinococcus hepatis)« (1864). Tej działalności wnet jednak położyła kres praca na polu praktycznem, która z rosnącą wziętością młodego lekarza, pochłaniała cały jego czas i siły. A posiadając dużo talentów lekarskich, skarbił sobie ś. p. Dr Szewczyk przez długie lata zaufanie i wdzięczność pacyentów w bardzo szerokich kołach.

Przyciśnięty wiekiem, syt pracy i rozgłosu, usunął się ś. p. Dr Szewczyk przed kilkunastu laty od działalności praktycznej, poświęcając koniec swego życia filantropii, jako radca Towarzystwa dobroczynności. Ubodzy krakowscy dobrze znali zacne rysy krzepkiego jeszcze starca. Nie biorąc już czynnego udziału w życiu lekarskiem, interesował się niem jednak ś. p. Szewczyk do końca życia i przed paru jeszcze miesiącami uczestniczył w uroczystości jubileuszowej »Przeglądu«.

Spokój Jego popiołom!

Wiadomości bieżące.

Kraków. Budowa krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie pod Krakowem posunęła się znacznie naprzód. Budowa, r. 1907 uchwalona, a obliczona na 7½ miliona koron,

rozpoczęła się w kwietniu 1910; do użytku publicznego ma być zakład oddany w r. 1914. Roboty murarskie powierzono architekcie radcy Stryjeńskiemu z Krakowa, żelazno-betonowe inż. Lutosławskiemu z Warszawy, wodociągi i ogrzewanie inż. Nitschowi i Sp. z Krakowa, kanalizacyę Lwowskiemu Bankowi melioracyjnemu, roboty stolarskie p. Muranyiemu z Krakowa. Ogólny nadzór wykonuje dyrektor zakładu doc. Dr Mazurkiewicz i Biuro techniczne Wydziału krajowego. 40 gmachów Zakładu wkrótce będzie pod dachem. Koszta budowy doszły już, jak podają dzienniki, 14 milionów koron.

— Jak się dowiadujemy, druk Kalendarza lekarskiego krakowskiego jest już całkowicie ukończony i w najbliższych dniach zostanie rozesłany Kalendarz wszystkim tym, którzy zamówili go w Redakcyi.

— Akademia Um. w Krakowie przyznała nagrodę z fund. Warschauera Prof. Popielskiemu ze Lwowa za prace z zakresu fizyologii.

— W sprawie I Zjazdu higienistów polskich, mającego się odbyć w r. 1913 we Lwowie, odbyło się we Lwowie 27. XI. zebranie organizacyjne pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa hig., Dr Obtułowicza, na którem wybrano Wydział gospodarczy Zjazdu.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich podaje do wiadomości, że po skończonym sezonie kąpielowym przedłożył Dr A. Sabatowski, kierownik i lekarz zakładu w Morszynie, własności funduszu wdów i sierot po lekarzach, sprawozdanie z sezonu i zamknięcie rachunków z zakładu. Sezon kąpielowy rozpoczął się w drugiej połowie czerwca, a ostatnie kąpiele wydano 14 września. Ilość leczących się osób wynosiła 692, (w roku 1910 594, w roku 1909 około 350). W sezonie głównym było przepełnienie i brak pomieszkań. Zestawienie rachunków wykazało, że dochód z zakładu, a więc z pensyonatu i łazienek, był w tym sezonie znacznie wyższy, niż w roku najlepszym z lat minionych. Ta pomyślna okoliczność wpłynie korzystnie na tegoroczny ogólny bilans Morszyna. Wiadomo, że oprócz zakładu z łazienkami, posiada Towarzystwo lekarzy galicyjskich w Morszynie jeszcze inne źródła dochodów, a mianowicie folwark, las, warzelnię soli i kilka parcel budowlanych, które to parcele nie należą do fundacyi Stillerów. Zestawienie ogólnego stanu rachunków z całego Morszyna nastąpić może dopiero z końcem roku.

— Współpracownicy Departamentu sanitarnego Namiestnictwa we Lwowie, złożyli z okazyi zaślubin córki swojego szefa, Radcy Dworu Dra Józefa Merunowicza, na rzecz funduszu jego imienia 500 koron. Kwota ta powiększy fundusz, którego odsetki wpływają już od szeregu lat do funduszu zapomogowego Towarzystwa lekarzy galicyjskich, przeznaczonego na zapomogi i wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach. Jest to szlachetny i naśladowania godny sposób okazania poważania i szacunku dla wielce zasłużonego Szefa Departamentu sanitarnego, ze strony życzliwych mu współpracowników.

— Biuro sanitarne miejskie w Przemyślu wydało sprawozdanie ze swej działalności za rok ubiegły. Ze sprawozdania okazuje się, że pomimo czterech w roku ubiegłym w mieście panujących chorób epidemicznych (odry, płonicy, błonicy i duru brzusznego) śmiertelność Przemyśla wynosiła 18·8 na tysiąc, czyli że w przeciągu dziesięciolecia spadła o 9·3 na tysiąc (w r. 1900 wynosiła 28·1). Równocześnie śmiertelność wynosiła w Krakowie 22·6, we Lwowie 19·8, w Tarnowie 21·1, w Drohobyczu 19·1; mniejsza była w Kołomyi 17·7, najmniejsza wogóle w Podgórzu 14·9. Naturalny przyrost ludności, wynoszący 29 na tysiąc, jest większy niż w Krakowie (26·4), Kołomyi (27·8), Tarnowie (26·5), mniejszy od lwowskiego (30·4) i drohobyckiego (30·8). Na choroby nagminne zapadło 412 osób, z czego zmarło 95; z lat dziesięciolecia ubiegłego cyfra ta jest największa. Z bezpłatnej porady lekarskiej korzystało osób 10.460; koszta leczenia wynosiły 4.237 koron. Sieć kanałów miejskich wynosiła 15.200 m., jak na dzisiejsze rozmiary Przemyśla stanowczo za mało. Wodociągów dotąd niema; prace przygotowawcze nad nimi ciągną się prawie 25 lat.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. X. do 25. XI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 4 (w tem obcych 5 † 2), krztuśca 2, ospy wietrznej 10, płonicy 22 † 2 (2 † 1), odry 27 (1), duru brzusznego 9 † 4 (4 † 2), czerwonki 2 † 1 (2 † 1), róży 1, tężca 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Otwarcie gmachu Towarzystwa naukowego warszawskiego, — ofiarowanego Towarzystwu przez Józefa hr. Potockiego, a po części już urządzonego stosownie do przeznaczenia za fundusze, zebrane z hojnie płynących ofiar, — i pierwsze publiczne posiedzenie odbyło się — jak się dowiadujemy z dzienników — 25 listopada b. r. Oprócz biur, sali posiedzeń i zebrań ogólnych oraz biblioteki (9000 t.) urządzono dotąd dwie pracownie: neurologiczną pod kierunkiem Dr Flataua i antropologiczną pod kierunkiem p. Stołyhwy. Po opróżnieniu reszty gmachu urządzona zostanie pracownia zoologiczno-embryologiczna pod kierunkiem Dr Jana Tura, oraz pracownia chemiczno-bakteryologiczna, rentgenologiczna i elektrokardyograficzna, jako dalsze części »Instytutu biologicznego im. Marcelego Nenckiego«. Instytut rządzi się osobną ustawą, zatwierdzoną już przez ministerstwo, a oprócz prawa badań naukowych przyznającą Instytutowi prawo wyrabiania i sprzedaży odczynników, pożywek, hodowli bakteryi, toksyn, antytoksyn, szczepionek, surowic leczniczych i krowianki, oraz przetworów organoterapeutycznych. Posiedzenie publiczne zagaił Józef hr. Potocki, poczem po sprawozdaniu z 4-letniej działalności Towarzystwa odbyły się wykłady pp. Wł. Smoleńskiego i Z. Weyberga.

— Pogrzeb ś. p. Dr Stanisława Markiewicza odbył się 28. XI. przy udziale ogromnych tłumów publiczności. Nad grobem przemawiali: imieniem Towarzystwa lekarskiego wiceprezes Dr Hewelke, imieniem Stowarzyszenia lekarzy polskich Dr H. Nusbaum, od Towarzystwa higienicznego Dr Bączkiewicz, od kolonii letnich dla dzieci p. M. Pfeiffer, od Komitetu plantacyjnego miejskiego p. Edm. Jankowski, w końcu mecenas Suligowski.

— Nagrody im. Helbicha przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie Doc. Dr Wł. Janowskiemu za dzieło »Nowoczesne metody badania serca« i Dr Br. Ziemińskiemu za »Zarys okulistyki«.

— Wykonawcy testamentu Adeli hr. Ożarowskiej, która, jak donosiliśmy, zapisało przeszło ćwierć miliona rubli na szpital dla dzieci w Radomiu, zwrócili się do Towarzystwa lek. radomskiego z prośbą o wyznaczenie najwłaściwszego miejsca na szpital, określenie liczby łóżek i inne zasadnicze wskazówki.

Z różnych stron. Na posiedzeniu Wydziału lekarskiego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 11 (27) X. odbyły się wykłady Dr St. Ostrowskiego: »Morfologia krwi przy krzywicy« i Dr Michałowicza: »O mylnem uzależnianiu gorączki od sprawy gruźliczej u odżywianych forsownie dzieci gruźliczych«. W dyskusyi przemawiali Prof. Zaleski i Ziemacki, Dr Hattowski i Jastrzębski. Na posiedzeniu zaś w d. 11. (24) XI. odbyły się wykłady Dr B. Wilamowskiego: »O chorobie Bantiego« (z przedstawieniem chorej po splenektomii) i Dr Birona: »Przyczynek do leczenia marskości wątroby«. W rozprawach wzięli udział Prof. Zaleski, Ziemacki i Dr Sadowska. Rada Związku uchwaliła tegoż dnia oprócz różnych spraw administracyjnych urządzenie 50-letniego jubileuszu działalności zawodowej Dr Bolesława Skargi.

— Prezesem międzynarodowego komitetu Zjazdów lekarskich wybrany został Prof. Waldeyer z Berlina.

Mianowani: Doc. Guggisberg profesorem nadzw. i dyrektorem kliniki ginekol. w Bernie; Prof. tytularny Dr Franciszek Kośmiński we Lwowie rzeczywistym profesorem nadzwyczajnym położnictwa i ginekologii.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1911.

Gazeta lekarska Nr 44—47. Batawia: Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego oraz kilka uwag o istocie anginy i t. zw. powikłań anginowych (44—45). — Janowski (dok. 44). — Bogdanowicz (dok. 44). — Schlank: Płód bezgłowy, bezsercowy (45). — Puławski A.: Przyczynek do chirurgicznego leczenia choroby Basedowa (46—47). — Bruner E.: Walka z wilkiem (46—47). — Bychowski: O dziedzicznem i rodzinnem powiększeniu się śledziony (47).

Medycyna i Kronika lek. Nr 44—47. Kopytowski: O stosowaniu salwarsanu w małych dawkach w leczeniu przymiotu (44—45). — Grosglik (dok. 44). — Endelman (dok. 45). — Rozenblatówna (dok. 44). — Przywieczerski: O wartości rozpoznawczej t. zw. dyety próbnej Schmidta »uproszczonej« (45—46). — Łapiński: W sprawie opieki nad umysłowo chorymi (45—46). — Zamenhof: O znieczulaniu krtani zapomocą alkoholu w przypadkach gruźlicy (46). — W Biehler: Leczenie zapalenia gruczołu sutkowego metodą Biera (47). — Rechniowski: Działalność chirurgiczna szpitala św. Piotra i Pawła w Suwałkach w latach 1903—1909 (47).

Tygodnik lek. Nr 44—47. Bednarski: Uwagi o zapaleniu pryszczykowem spojówki (44—45). — Herman: Pogląd na obecny stan chirurgii płuc (44—47). — Szumowski: Jedenaście roczników warszawskiej »Krytyki lekarskiej« (45). — Starklówna: W sprawie używania przez kobiety tytułów »doktór«, »lekarz« (45). — Rosenhauch: Obecny stan badań nad etyologią jaglicy (46—47). — Leńko: Wrażenia z podróży naukowej (46—47).

Nowiny lekarskie Nr 11. M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej. — Krzyształowicz: O ropnych zapaleniach skóry. — L. K. Gliński: Usposobienie anatomiczne a t. zw. dziedziczność w gruźlicy. — Rozenfeld: O chorobie posurowiczej. — Blassberg: Cukrzyca a uraz. — Panieński: O leczeniu naparstnicą. — Zanietowski: O dyagnostycznem i leczniczem zastosowaniu mojej metody rozładowań w świetle uchwał międzynarodowych Zjazdów. — Spira: Czy opieka lekarska nad narządem słuchowym przez lekarza od uszu jest potrzebna w szkole. — Wlazłowski: Elephantiasis penis et scroti radykalnie usunięte przez operacyę.

Przegląd chorób skórnych i wen. Nr 5—6. Krzyształowicz i Weber: O wlewaniach śródżylnych salwarsanu. — Wiśniewski: Bielactwo nabyte. — Malinowski (dok.).

Przegląd chirurgiczny i ginekol. Tom V., Zesz. 3. St. Cykowski. Torbiele krwiste szyi. — Sam. Grosglik. Przypadek ciąży zamacicznej, z zatrzymaniem płodu przez lat 30 i przebiciem się tegoż do pęcherza moczowego. — Falgowski. O rozpoznaniu, czy rak macicy da się jeszcze operować. — H. Goldberg. Przypadek wgłobienia przepukliny pachwinowej do wodniaka jądra (hernia encystica). Zwyrodnienie torbielowate jądra. — H. Goldberg. Przypadek odjęcia miednicy.

Postęp okulistyczny Nr 8, 9. Wicherkiewicz: Wągr śródgałkowy i jego zwalczanie.

Kronika dentystyczna Nr 11: Zawidzki (c. d.).

Zdrowie Z. 11. Daszyńska-Golińska: Alkoholizm w Galicyi i jego zwalczanie. — Dobrzyński: Zdrowie publiczne, a idea miast-ogrodów.

Przegląd higieniczny Nr 11. Piasecki (dok.) — Kaczorowski (dok.).

Słowo lekarskie Nr 20—21. Stahr: O projekcie ordynacyi lekarskiej (dok. 20). — Opinia Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej o rządowym projekcie ustawy, regulującej stosunki zawodu lekarskiego. — Ciechanowski (c. d.). — Znowu nowy projekt ubezpieczenia społecznego. — Lekarze-dentyści i technicy dentystyczni.

Głos lekarzy Nr 21—22. Mikołajski: 1) Ustawa o ubezpieczeniu społecznem. 2) Dyskusya otwarta (w sprawie rządowego projektu ustawy, regulującej stosunki stanu lekarskiego). 3) Uzdrowisko dla dzieci w Żabiu. — Ze stosunków w kasach chorych. — Lekarze zaufania w Towarzystwach ubezpieczeń na życie. — Świadectwa dla Towarzystw ubezpieczeń od wypadku.— Starania o poprawę bytu lekarzy szpitalnych. — Stosunek redakcyi do autorów. — Piasecki: Postulaty wychowania fizycznego młodzieży polskiej.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 11. Eljasz-Radzikowski: O Zakopanem.

Nasze Zdroje Nr 23—24. Uwagi i wskazania posezonowe.— Łobaczewski: Zdrojownictwo jako przemysł. — Głębokie wiercenia w Krynicy. — O kredyt dla zdrojowisk. — Malinowski: Z podróży po »badach«.— Letnie uzdrowiska w Anglii.— O naszych letniskach. — Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie. — Lecznica Dra Tarnawskiego w Kosowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 6. grudnia 1911 o godzinie 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Rosner: Przedstawienie przypadków z kliniki położniczej. 2) Prof. Ciechanowski i Prof. Gliński: Przedstawienie okazów anatomopatologicznych. 3) Prof. N. Cybulski i Dr Surzycki: Objawy elektrokardyograficzne przy pericarditis exsudativa. 4) Dr Janiszewski: W sprawie udziału lekarzy w komisyi państwowej dla reformy administracyi.

Posiedzenie naukowe Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lek. gal. odbędzie się **dnia 5. grudnia 1911 o godz. 6 wieczór w sali Rady miejskiej** (ratusz II. piętro) **w Jarosławiu** z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych i preparatów anatomicznych — kol. Dr Fechter. 2) Sprawozdanie o dwu przypadkach ciąży pozamacicznej — kol. Dr Sawicki. 3) Wnioski członków.

Wydział Oddziału jarosławskiego Tow. lek. gal.
Sekretarz: Dr Orłowski. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.